

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica Vertente Nefrológica**  
**Relatório de Estágio**

**O Autocuidado à Fístula Arteriovenosa da Pessoa com  
Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise**

**Patrícia Rapaz Marujo**

**Lisboa**  
**2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica Vertente Nefrológica**  
**Relatório de Estágio**

**O Autocuidado à Fistula Arteriovenosa da Pessoa com  
Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise**

**Patrícia Rapaz Marujo**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Maria Eulália Novais

Co-Orientador: Prof. Doutor Clemente Sousa

**Lisboa**

**2016**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or a modern logo element.

**Um muito obrigada...**

À Professora Maria Eulália Novais, orientadora, e ao Professor Doutor Clemente Sousa, co-orientador deste trabalho, pelo apoio, dedicação, carinho, estímulo, crítica, e conhecimentos transmitidos que, decerto, foram fundamentais para a sua concretização.

Ao meu Enfermeiro Chefe, Telmo Carvalho, pelo incentivo dado na realização deste curso de Pós-Licenciatura, por todo o apoio prestado, e pelas oportunidades de reflexão e aprendizagem que ontem, hoje e amanhã me trará.

Aos meus familiares, em especial à minha mãe, irmã e sobrinhas, pelo carinho, incentivo e compreensão que demonstraram ao longo de todo este percurso.

Ao Tiago Pinto, por estares sempre comigo durante este percurso difícil, por toda a compreensão, companheirismo, incentivo, dedicação e ajuda.

À Carla Rodrigues, à Ana Freitas, à Catarina Santos e ao Ricardo que foram um suporte fundamental neste meu percurso.

Aos meus colegas de trabalho e escola, pela compreensão, carinho, força e persistência para que nunca desistisse.

Aos Serviços de Nefrologia e Unidades de Hemodiálise, a todos os profissionais e doentes que contribuíram para a concretização deste trabalho.

A ti, que mesmo longe contínuas sempre presente...

**A todos, o meu obrigado pela ajuda no alcance deste objetivo de vida!**

*Para ser grande sê inteiro  
Nada teu exagera ou exclui  
Sê tudo em cada coisa  
Põe o máximo que és no mínimo que fazes  
Assim em cada lago a lua toda brilha  
Porque alta vive.*

**Ricardo Reis, Fernando Pessoa (1933)**

## RESUMO

Tratando-se de uma doença considerada como um problema de saúde pública, a doença renal crónica (DRC) é responsável pela mobilização de um vasto número de recursos, trazendo implicações quer ao nível económico quer social. O acesso vascular (AV) é uma das vias de sobrevivência de muitas das pessoas com doença renal crónica terminal (DRCT). Para garantir que este se mantém nas melhores condições possíveis são necessários cuidados específicos por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos e do próprio doente. A prevenção e a identificação precoce de complicações relacionadas com o AV é uma das chaves para minimizar muitos dos custos sociais e financeiros que lhe estão associados. Torna-se assim primordial que, por um lado o enfermeiro adquira competências que lhe permitam prestar cuidados de qualidade ao AV e, por outro, que o doente seja capaz de estar atento e de o cuidar, tendo em conta as suas capacidades.

O presente relatório reflete o percurso efetuado enquanto estudante do 6º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica, Vertente Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este tem como principais objetivos descrever e analisar os conhecimentos e capacidades desenvolvidas junto da pessoa com DRC e família. Do mesmo modo, pretende-se apresentar o estudo de investigação que permitiu identificar os comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa (FAV) pela pessoa com doença DRCT, em programa de hemodiálise (HD).

Este incluiu uma descrição e análise do conjunto de competências específicas adquiridas e desenvolvidas no decorrer da prestação de cuidados à pessoa com DRCT e sua família, nos diferentes contextos de estágio, especificando o autocuidado do doente à FAV. Para além da mobilização dos conhecimentos adquiridos durante as sessões teóricas e nos ensinamentos clínicos, recorreu-se também ao modelo de Dorothea Orem como fonte orientadora de pensamento. Este abrange ainda o estudo quantitativo efetuado, que envolveu uma amostra de 101 pessoas com DRCT que realizavam HD através de FAV, numa clínica da zona metropolitana de Lisboa. Foi utilizado um questionário composto por 4 grupos, em que nos primeiros 3 foram levantados os dados sociodemográficos e clínicos e no 4º grupo foram identificados os

comportamentos de autocuidado com a FAV através da aplicação da escala de avaliação de comportamentos de autocuidado com a FAV (ECAHD-FAV).

Os resultados demonstram que a média de comportamentos de autocuidado para com a FAV desenvolvidos pela amostra é de 70,6%, tendo o valor máximo (96,9%) sido atingido apenas por 3 pessoas e o valor mínimo (28.1%) por 10 pessoas. A presença destes comportamentos nas mulheres é superior em relação aos homens (8.2%) e as pessoas com hipertensão arterial possuem mais comportamentos de autocuidado com a FAV (11.3%). A frequência dos mesmos é ainda inferior nas pessoas cuja fonte de informação promotora destes comportamentos foi o médico residente (28.3%).

É possível verificar a necessidade de criação de um programa específico de educação que vise colmatar as necessidades identificadas. Desta forma pensamos melhorar não só os cuidados de enfermagem mas também contribuir para um aumento do bem-estar da pessoa com FAV, reduzindo possíveis complicações.

**Palavras-chave:** Doença Renal Crónica Terminal, Autocuidado, Fistula arteriovenosa, Hemodiálise.

## **ABSTRACT**

In the case of a disease considered as a public health problem, the chronic kidney disease (CKD) is responsible for the mobilization of a large number of resources, bringing implications either in economic or social. The vascular access (VA) is one of the many survival pathways of people with end stage chronic kidney disease (ESCKD). To ensure that it remains in the best possible conditions are needed special care by all health professionals involved and the patient himself. Prevention and early detection of complications related to the VA is one of the keys to minimize many of the social and financial costs associated with it. It is therefore essential that, on the one hand the nurse acquires powers to provide quality care to VA and, secondly, that the patient is able to be attentive and caring, taking into account their capabilities.

This report reflects the journey made as a student of the 6th Course Postgraduate Degree in Medical-Surgical, Nephrological Strand, the Lisbon Nursing School. This has as main objective to describe and analyze the knowledge and skills developed from the person with CKD and family. Similarly, we intend to present the research study which identified the self-care behaviors of the arteriovenous fistula (AVF) by the person with ESCKD on hemodialysis (HD).

This included a description and set of specific skills of analysis acquired and developed in the course of providing care to the person with ESCKD and your family in the different stage settings, specifying the self-care of the patient to AVF. In addition to the mobilization of knowledge acquired during the theoretical sessions and clinical placements also appealed up to the model of Dorothea Orem as a guiding source of thought. This also covers the made quantitative study, which involved a sample of 101 people with ESCKD who underwent HD by AVF, a clinic in the metropolitan area of Lisbon. It used a questionnaire consisting of 4 groups, in which the first 3 were collected sociodemographic and clinical data and the 4th group were identified behaviors of self-care to FAV by applying the self-care behavior rating scale with the FAV (ECAHD -FAV).

The results demonstrate that the average behavior of self-care with AVF developed by the sample is 70.6%, and the maximum value (96.9%) was

achieved only by 3 people and the minimum value (28.1%) of 10 people. The presence of these behaviors in women is higher than men (8.2%) and people with high blood pressure have more self-care behavior with AVF (11.3%). The frequency of the same is even lower in people whose source of information promoting these behaviors was the resident doctor (28.3%).

You can check the need to create a specific education program that aims to address the identified needs. In this way we think improve not only nursing but also contribute to an increase in the welfare of the person with AVF, reducing complications.

Keywords: End Stage Chronic Kidney Disease, Self Care, Arteriovenous Fistula, Hemodialysis.



## **SIGLAS**

AV – Acesso Vascular

APEDT – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação

CAVL – Centro de Acessos Vasculares de Lisboa

CTXR – Consulta de Transplante Renal

DAD – Diálise Autónoma Domiciliária

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

ECAHD-FAV – Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado em Hemodiálise com a Fístula Arteriovenosa

EDTNA/ERCA- European Dialysis and Transplant Nurses Association/  
European Renal Care Association

EEEMCVN – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica  
Vertente Nefrológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAV – Fístula Arteriovenosa

GID – Gestão Integrada da Doença

HD – Hemodiálise

KDOQI - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

NKF - National Kidney Foundation

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTFE - Politetrafluoretileno

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG – Taxa de Filtrado Glomerular

TSFR – Técnica de Substituição da Função Renal

TXR- Transplante Renal

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>16</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
1.1 A Doença Renal Crónica Terminal: da Biomedicina ao Holismo .....	17
1.2 Autocuidado à FAV .....	22
1.3 Autocuidado à Pessoa em HD com FAV segundo o Modelo de Orem .....	25
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>30</b>
<b>1. PERCORRENDO O CAMINHO DE FUTURA ESPECIALISTA .....</b>	<b>30</b>
1.1 Hospital de Lisboa e Vale do Tejo – Serviço de Nefrologia .....	32
1.2 Clínica de Hemodiálise.....	37
1.3 Hospital de dia de Nefrologia - Unidade de Diálise Peritoneal e Consulta pós Transplante.....	42
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>48</b>
<b>1. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO - METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
1.1 Concetualização do Estudo.....	49
1.2 Finalidade e objetivos.....	50
1.3 Questões de Investigação .....	51
1.4 Definição da População e Amostra .....	51
1.5 Variáveis do Estudo .....	52
1.6 Instrumento de Colheita de Dados .....	53
1.7 Procedimento de Colheita de Dados .....	55
1.8 Questões Éticas .....	56
1.9 Tratamento de Dados Estatísticos .....	56
<b>2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
2.1 Apresentação de Resultados .....	57
2.2 Discussão dos Resultados .....	65
2.3 Implicações para a Prática Clínica .....	68
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>73</b>

## **ANEXOS**

ANEXO 1 – Etiologia da DRCT nos doentes prevalentes em 2015 (HD+DP)

ANEXO 2 – Prevalência pontual e evolução (1990-2009) de doentes em TSFR (OCDE, 2011)

ANEXO 3 – Doentes que iniciaram tratamento de substituição da função renal em 2015 (N=2352)

ANEXO 4 – Dados globais de Hemodiálise e Diálise Peritoneal – Incidência 2007 a 2015

ANEXO 5 – Doentes que realizam o tratamento de Hemodiálise e Diálise Peritoneal – 1997 a 2015

ANEXO 6 – Tipo de acessos vasculares nos doentes prevalentes, por zonas do país em 2015

ANEXO 7 – Certificados

ANEXO 8 – Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens

## **APÊNCICES**

APÊNDICE 1 - Cronograma

APÊNDICE 2 – Caraterização dos Serviços

APÊNDICE 3 - Estudo de Caso

APÊNDICE 4 – Plano de Sessão

APÊNDICE 5 – Avaliação da Sessão

APÊNDICE 6 – Diário de Aprendizagens

APÊNDICE 7 – Experiência na Diálise Autónoma Domiciliária

APÊNDICE 8 – Introdução para Protocolo Diálise Peritoneal: Alteplase

APÊNDICE 9 – Diário De Aprendizagens

APÊNDICE 10 – Avaliações De Ensino Clínico

APÊNDICE 11 – Pedidos De Autorização

APÊNDICE 12 – Resposta Aos Pedidos De Autorização

APÊNDICE 13 – Declaração De Consentimento Informado

APÊNDICE 14 – Questionário

# ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

## Índice de Figuras

<b>Figura 1 – Variáveis do estudo .....</b>	<b>53</b>
---	-----------

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra .....</b>	<b>57</b>
<b>Tabela 2 – Caracterização clínica da amostra .....</b>	<b>59</b>
<b>Tabela 3 – Fonte transmissora de informação de comportamentos de autocuidado .....</b>	<b>59</b>
<b>Tabela 4 – Frequências da ECAHD-FAV .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabela 5 – Análise escala global .....</b>	<b>61</b>
<b>Tabela 6 – Análise subescala 1 - Gestão de Sinais e Sintomas .....</b>	<b>61</b>
<b>Tabela 7 – Análise subescala 2 – Prevenção de Complicações .....</b>	<b>61</b>
<b>Tabela 8 – Resultados da estimação do modelo na escala global .....</b>	<b>62</b>
<b>Tabela 9 – Resultados da estimação do modelo na subescala Gestão de Sinais e Sintomas .....</b>	<b>63</b>
<b>Tabela 10 – Resultados da estimação do modelo na subescala Gestão de Complicações .....</b>	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

Numa perspetiva de alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com alterações da eliminação renal e sua família, e adquirir o grau de especialista em enfermagem médico-cirúrgica vertente nefrológica, decidi ingressar nesta formação de Pós-Licenciatura.

Tal como estabelece a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p. 2):

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

Ao longo do percurso académico e profissional tornou-se possível constatar a singularidade e unicidade do Ser Humano que, munido de um conjunto de elementos tão próprios, o tornam num Ser especial e desafiante para o outro que dele cuida. Ao contactar diariamente com pessoas vindas de várias zonas do país, de diferentes idades, culturas, histórias de vida e necessidades, tendo apenas a Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) como fenómeno em comum, deparamo-nos com diversos desafios enquanto prestadores de cuidados de enfermagem. Através da busca de conhecimentos e do desenvolvimento de competências pretendemos ser capazes de responder, com a máxima qualidade, a esses desafios e satisfazer da melhor forma as necessidades experienciadas por este ser holístico com alterações da sua função renal.

Existindo cada vez mais a exigência da prestação de cuidados de enfermagem especializados aos clientes, procurámos desenvolver um conjunto de competências que proporcionassem o alcance dos objetivos inicialmente estabelecidos pela Unidade Curricular - Estágio com Relatório (ESEL, 2015)<sup>1</sup>:

- Cuidar de pessoas com alteração da eliminação renal, independentemente da fase do ciclo vital (crianças, adultos e idosos) e do estágio de desenvolvimento da sua doença (aguda, crónica, crónica terminal), tendo por base princípios humanistas;

---

<sup>1</sup> Unidade Curricular de Estágio com Relatório (Guia Orientador). Prof. Filipe Cristóvão. ESEL, 2015.

- Refletir sobre as perspetivas de intervenção do enfermeiro perito em enfermagem nefrológica, junto de pessoas com alteração da eliminação renal;
- Refletir sobre a articulação entre as entidades e serviços prestadores de cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários e diferenciados;
- Intervir na área da formação, gestão e investigação integrando os saberes destas disciplinas nas diferentes áreas de atuação;
- Contribuir para a realização de um relatório de Estágio que possa ser avaliado e discutido.

Deste modo, e com o intuito de “orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação de saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias” (OE, 2012, p.16) o tema deste projeto foi “O Autocuidado à Fístula Arteriovenosa da Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise”. Para aprofundar esta temática e adquirir as competências que permitissem alcançar o grau de especialista foi necessário efetuar um percurso, no qual se inclui não só os conhecimentos adquiridos ao longo das sessões teóricas, mas também os contributos dos diferentes ensinamentos clínicos. Da mesma forma, consideramos também o modelo do autocuidado de Orem como o instrumento norteador deste trabalho, capaz de sustentar o tema proposto.

Como indica a literatura, a doença renal crónica (DRC) é uma patologia considerada como um problema de saúde pública, capaz de mobilizar um vasto número de recursos. O acesso vascular (AV) é uma das linhas de sobrevivência de muitas das pessoas com DRCT. Para garantir que este se mantém nas melhores condições são necessários cuidados específicos por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos e do próprio doente. A prevenção e a identificação precoce de complicações relacionadas com a fístula arteriovenosa (FAV) poderá contribuir para que os custos sociais e financeiros associados sejam reduzidos. Para tal, é fundamental que, por um lado o enfermeiro adquira competências (a nível instrumental e de educação/formação) que lhe permitam prestar cuidados de qualidade à pessoa com este AV e, por outro, que o doente seja capaz de estar atento e de o cuidar, tendo em conta as suas capacidades.

Neste relatório estão assim incluídas a análise e reflexão do percurso efetuado a nível académico, sintetizando o processo de aquisição e consolidação de competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Vertente Nefrológica (EEEMCVN). Este tem como principal objetivo descrever e analisar o percurso efetuado ao longo da deste curso de Pós-Licenciatura, que contribuiu para a aquisição de conhecimentos e capacidades junto da pessoa com DRC e família, especificando o autocuidado à FAV da pessoa com DRCT em hemodiálise (HD).

Servindo como referencial de avaliação, este relatório encontra-se organizado em três capítulos: o primeiro – Enquadramento Teórico; o segundo – Os Primeiros Passos de uma Futura Especialista – onde não só são caracterizados os diferentes contextos da prática clínica que contribuíram para a minha formação, mas também descritas e analisadas as atividades realizadas no decorrer dos mesmos, que possibilitaram o alcançar dos objetivos inicialmente estabelecidos; e o terceiro – Trabalho de Investigação. Para terminar, na conclusão, é feita uma análise face ao objetivos estabelecidos, descrevendo como este trabalho contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal e referenciando os aspetos facilitadores e constrangedores do mesmo, bem como os objetivos profissionais futuros.

## CAPÍTULO I

### 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde (WHO,1946) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Além de um bem essencial para o ser humano, a saúde é um recurso para a vida e um direito fundamental. Direito este que as pessoas/famílias e comunidade devem aprender a manter e promover, com vista à obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida (Sousa, 2009).

O aumento da esperança média de vida, associado fortemente ao avanço médico e tecnológico, tem contribuído para o aumento do número de pessoas com doenças crónicas. Apesar de vivermos mais anos devido à evolução científica, a verdade é que não significa que esses anos sejam passados sem doença, e acima de tudo, num completo estado de bem-estar físico, social e mental.

Em 2010 verificou-se que um terço da população Europeia tinha pelo menos uma doença crónica. Este fato é responsável por implicações económicas graves, uma vez que condicionam a capacidade de trabalho e a produtividade através, por exemplo, de uma maior rotatividade no emprego, aposentação precoce, elevado número de faltas, assim como baixo rendimento escolar (Coelho, 2014). Para além disto, as doenças crónicas provocam um elevado peso na família sendo possível constatar, em toda a Europa, que as despesas com os cuidados de saúde dirigidos às doenças crónicas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (Escoval, 2010).

Mesmo não fazendo parte das principais doenças crónicas com maiores taxas de mortalidade descritas pela OMS, a doença renal crónica (DRC) pode ser desencadeada por algumas dessas patologias, como a Diabetes *Mellitus* e a Hipertensão Arterial (anexo 1). Esta atinge uma prevalência de cerca de 10-11% da população adulta dos EUA e cerca de 8% da população adulta da Europa (GID, 2014). De acordo com dados divulgados pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2012) Portugal enfrenta uma tendência de crescimento anual superior à média dos países da Organização de Cooperação e de



Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentando as maiores incidência e prevalência de DRCT da Europa (anexo 2), o que acarreta um acréscimo nos custos globais com o tratamento deste grupo de doentes. A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2016) refere ainda que o número total de doentes com DRC que iniciaram o tratamento de substituição renal foi de 2352 no ano de 2015 (anexo 3), o que corresponde apenas a uma ligeira redução do número de novos casos quando comparado com anos anteriores (anexo 4).

Trata-se de uma patologia em constante progressão, cujos índices de incapacidade e mortalidade são elevados, tornando-se assim num verdadeiro problema de saúde pública com graves repercussões ao nível económico e social.

### **1.1 A Doença Renal Crónica Terminal: da Biomedicina ao Holismo**

A DRC é uma patologia tão antiga como a própria humanidade podendo conduzir à morte na ausência de tratamento durante vários dias ou semanas. Na era romana, e posteriormente na Idade Média, o tratamento da uremia (termo grego com significado de envenenamento por urina ou urina presente no sangue) passava pelo recurso a banhos quentes, terapias de sudação, sangrias ou enemas (Fresenius, 2011).

Esta é uma patologia considerada silenciosa cuja primeira sintomatologia surge já num estágio avançado. São múltiplos os fatores que poderão estar na origem da DRC, nas quais se podem incluir a doença cardíaca, a diabetes, a hipertensão, a doença vascular periférica, a estenose da artéria renal, pielonefrite, uso abusivo de analgésicos, doença renal poliquística, reações alérgicas, glomerulonefrite, lúpus eritematoso sistémico, doença falciforme, carcinomas, quimioterapia e / ou terapia de radiação e endocardite bacteriana (Walton, 2015).

De acordo com a National Kidney Foundation (NKF, 2002) a DRC consiste na presença de alterações renais ao nível estrutural ou funcional, com ou sem diminuição taxa de filtrado glomerular, nos últimos 3 meses ou mais. É ainda considerada DRC sempre que a taxa de filtrado glomerular (TFG) é inferior a 60 ml / min / 1,73m<sup>2</sup> durante 3 meses ou mais, com ou sem danos renais (NKF, 2002).

Trata-se, na verdade, de uma patologia responsável pela presença de manifestações multiorgânicas, que afeta diferentes sistemas e em diferentes proporções, sendo caracterizada pela perda progressiva das funções renais (Fresenius, 2011). Os rins, dois dos vários órgãos nobres do corpo humano, deixam de conseguir dar resposta às várias solicitações do organismo. Para além da incapacidade de eliminar os resíduos existentes, estes perdem o seu protagonismo na regulação da tensão arterial, na regulação da quantidade de água e eletrólitos existentes e na manutenção do equilíbrio ácido base (Walton, 2015).

O tratamento desta patologia assenta essencialmente em três pilares fundamentais: o diagnóstico precoce da doença, o encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e a implementação de medidas para preservar a função renal (Bastos & Kirsztajn, 2011).

No primeiro estágio da DRC não existem alterações clínicas nem laboratoriais, visto a perda dos nefrónios não implicar um comprometimento dos parâmetros laboratoriais. À medida que a lesão renal se agrava a taxa de filtrado glomerular diminui, podendo ou não passar de uma situação assintomática para a presença de uma sintomatologia intensa (Fresenius, 2011).

No estágio 5 a doença passa a ser considerada terminal, surgindo a necessidade de compensar a função renal perdida através de uma técnica de substituição. De acordo com dados atuais de organizações internacionais (KDIGO, 2012; Nesrallah, 2014; Tattersall, Dakker, Heimbürger, et al, 2011), o início da terapêutica dialítica deve ser considerado nas seguintes situações:

- Doentes com TFG superior a 15ml/min/1,73m<sup>2</sup>: habitualmente não é induzida diálise nestas situações, mesmo na presença de sintomatologia associada à DRC que geralmente poderá ser controlada com tratamento médico.
- Doentes assintomáticos com TFG entre 5 e 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>: não deverá ser induzida diálise, antes assegurada uma vigilância médica rigorosa que assegure a identificação da necessidade urgente de a iniciar.

- Doentes com TFG entre 5 e 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup> com sintomatologia atribuída à DRC: deverá ser iniciada diálise se os sintomas forem refratários à terapêutica médica.
- Doentes com TFG inferior a 5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: considerando os riscos de complicações decorrentes da DRC, deverá ser iniciada diálise mesmo em doentes assintomáticos.

A pessoa portadora de DRCT enfrenta situações complexas inerentes à cronicidade da doença e à complexidade do tratamento (Ramos et al., 2008).

A necessidade de substituição da função renal a par do avanço tecnológico contribuíram para a criação de métodos altamente sofisticados que permitem, entre outros, a eliminação de produtos resultantes do metabolismo orgânico. São quatro os tipos de abordagens terapêuticas à DRCT: o transplante renal (TRX), a HD, a diálise peritoneal (DP) e o tratamento médico conservador. Apesar do TXR ser uma possibilidade, esta não se assume como uma estratégia imediata, sendo a HD e a DP que se apresentam como as ferramentas de primeira linha.

De acordo com dados da SPN (2016) o número de doentes em Portugal que realizam HD é de 11514, enquanto a DP é de 751 doentes (anexo 5). Apesar de se verificar um aumento de 45.3% dos doentes em DP entre 2007 e 2015 (SPN, 2016), a verdade é que a HD continua a ser o tratamento de eleição com um maior número de doentes.

Segundo a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI, 2006) a hemodiálise é o termo usado para descrever a remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável (dialisador). Este tratamento “oferece uma alteração mais rápida na composição plasmática de solutos, e a possibilidade de remoção mais rápida do excesso de líquido corporal do que a diálise peritoneal...” (Daugirdas, Blake, & Ing, 2001, p. 5).

Thomas (2005, p. 187) menciona que “o sucesso da terapia como a hemodiálise depende quase inteiramente da existência de um fluxo de sangue adequado através do dialisador.” A presença de um acesso vascular (AV) sem problemas é uma das formas de contribuir para a eficácia do tratamento. O competente desempenho do AV é assim um dos requisitos obrigatórios para a terapia hemodialítica (Torreggiani et al., 2013). Apesar de cruciais, a

construção e a manutenção de um acesso que permita alcançar eficazmente a corrente sanguínea continua a ser um dos calcanhares de *Aquiles* na hemodiálise. As complicações com os AV são motivo de hospitalizações frequentes em pessoas a realizarem este tipo de tratamento (15 a 20%, segundo dados do KDOQI, 2006), levando a um aumento de morbilidade, mortalidade e dos custos associados.

Torreggiani et al. (2013) referem que o AV ideal deve apresentar as seguintes características: simplicidade de construção, oportunidade de uso imediato, baixo custo económico, capacidade de garantir um bom fluxo sanguíneo, longa duração vida e um baixo índice de complicações.

Existem diferentes tipos de AV para HD, podendo estes serem divididos em dois grupos (Thomas, 2005):

1. Acesso percutâneo – cateteres temporários ou permanentes;
2. FAV e enxertos arteriovenosos.

Segundo a KDOQI (2006) é a FAV que revela uma maior taxa de permeabilidade entre os 4 e 5 anos e exige o menor número de intervenções em comparação com outros tipos de AV. Para as pessoas que sofrem de DRCT e que realizam HD, este é o tipo de acesso mais indicado (Thomas, 2005). A FAV é o AV mais próximo do ideal, com taxas de sucesso mais elevadas, menor custo de construção e manutenção, e menor número de complicações (Astor, Eustace, Powe, Klag, & Coresh, 2005). Este AV tem sido um recurso utilizado desde que foi criada no punho, há mais de 40 anos atrás (Parisotto, 2015, p. 28). Em Portugal, segundo dados da SPN (2016), este é o mais utilizado na realização do tratamento hemodialítico. Contudo, as percentagens variam de acordo com a zona do país (anexo 6).

Sendo ambos criados por meio cirúrgico, a FAV consiste numa anastomose direta artéria veia, enquanto no enxerto, pela possível inexistência de vasos compatíveis com a criação de FAV, a ligação é feita com recurso a um material sintético, como o politetrafluoretileno (PTFE). Já o acesso percutâneo consiste na inserção de um catéter numa grande veia (Thomas, 2005).

A trombose, a isquemia do membro (síndrome de roubo), o edema, a hemorragia, e os aneurismas estão entre as complicações mais comuns de uma FAV (Adib-Hajbagheri, Molavizadeh, Alavi, & Abadi, 2014).

Segundo Sousa (2009, p. 42) a literatura “fomenta o desenvolvimento de políticas para a adequada gestão do acesso vascular da pessoa em diálise”. O enfermeiro é um dos pilares fundamentais na prestação de cuidados à pessoa com DRCT em programa de HD, como tal deverá contribuir para a criação dessas mesmas políticas. Porque não criar estratégias que permitam prever e identificar precocemente complicações associadas ao AV e, deste modo contribuir para a redução da morbidade, mortalidade e dos custos associados?

A problemática do cuidar dos AV está intimamente relacionada com a prática de enfermagem. São os enfermeiros que em todas as sessões de diálise procedem à punção, verificam e avaliam a funcionalidade dos mesmos (Moura, 2011). Os cuidados de enfermagem devem ser exaustivos e dirigidos à manutenção do acesso nas melhores condições, através do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado pela pessoa (Sousa, 2009).

Desde o momento do diagnóstico esta pessoa convive com uma doença incurável que lhe obriga a lidar com uma série de questões que marcam a sua vida, provocando alterações na interação social e alterações psicológicas, não só para ele próprio mas também para a sua família (Rente & Pereira, 2014). Para além da patologia, a própria HD impõe uma nova condição que está associada a mudanças no seu estilo de vida, tais como: mudanças na dieta e hidratação, alterações na imagem corporal, diminuição do desejo sexual e impotência, perda da autonomia, sintomas depressivos, *stress*, a perda do emprego e desenvolvimento de sentimentos ambíguos entre medo de viver e morrer (Maniva & Freitas, 2010). Esta pessoa luta diariamente pela sobrevivência e bem-estar físico, mental e social, que representam dimensões dinâmicas e integradas do processo saúde-doença (Ramos et al., 2008).

Por todas as alterações que os doentes com DRCT em programa regular de HD vivenciam, estes experimentam um elevado nível de fadiga que poderá estar associado a uma diminuição na capacidade para o autocuidado (Akin, Mendi, Ozturk, Cinper, & Durna, 2013).

Para que o ser humano alcance um nível elevado de bem-estar é fundamental que todas as dimensões que influenciam a sua qualidade de vida estejam devidamente satisfeitas (Rente & Pereira, 2014). A qualidade de vida relacionada com a saúde está associada ao mais elevado nível de bem-estar e de satisfação dos indivíduos, contribuindo para uma menor morbi-mortalidade e, conseqüentemente, menor despesa (Anes & Castro, 2010).

A literatura revela a importância da família como pilar fundamental no apoio, no carinho e no enfrentar de situações difíceis no decorrer da doença e do tratamento. Mediante o sofrimento, resgatam valores como a fé e a esperança que influenciam também na aceitação dos problemas vividos no quotidiano e na diminuição dos conflitos (Ramos et al., 2008).

Normas europeias da EDTNA/ ERCA dirigidas à prática de cuidados do enfermeiro especialista em nefrologia referem que este profissional deve de ajudar o doente e a sua família a adaptar-se à DRCT, estimulando a capacidade de autocuidado e ajudando-os a alcançar o nível ideal de bem-estar e independência (EDTNA/ERCA, 2007).

## **1.2 Autocuidado à FAV**

De acordo com a literatura são as práticas de autocuidado orientadas para a manutenção da condição física e para o estado nutricional que surgem com maior relevância no dia-a-dia da pessoa com DRCT. (Algarra, Vásquez, & Jerena, 2013) Importa destacar a importância de promover comportamentos de autocuidado com o AV, a fim de o manter nas melhores condições possíveis, visto o seu estado influenciar a eficácia do tratamento de diálise (Sousa et al., 2014).

Tal como refere a KDOQI (2006) um cuidado adequado aos doentes em HD requer uma atenção constante para que o AV se mantenha permeável e funcional. Devido às alterações provocadas pela própria doença a pessoa poderá não ter consciência da necessidade de contribuir para que essa atenção se mantenha firme.

Tratando-se de eventos extremamente significativos para a pessoa com DRC, a construção e manutenção de uma FAV para HD implica uma grande

dose de apoio por parte do enfermeiro. A ajuda deste profissional facilita a aquisição de competências e habilidades nas ações de autocuidado o que consequentemente favorece a qualidade de vida da pessoa (Santos, Rocha & Berardinelli, 2011).

Os cuidados com o AV a curto, médio e longo prazo são necessários a par da criação de um ambiente que incentive a discussão, participação e feedback do doente (EDTNA/ERCA, 2007).

Petronilho (2012, p. 13) refere que o “autocuidado tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde doença.” No caso da DRCT o autocuidado com a FAV é um aspeto crucial na manutenção da sua funcionalidade.

Deste modo, o doente deve estar a par dos cuidados que poderá/deverá ter com a sua FAV. Alguns desses cuidados passam por (Hernández, Parra, Julián, et al, 2005):

- Monitorizar a sua funcionalidade através da palpação do frémito;
- Manter o penso operatório limpo e seco;
- Identificar outras possíveis complicações, como por exemplo:
  - A Infecção – estar atento à presença de rubor, calor e dor no local;
  - O síndrome de roubo – estar atento à presença de frio, palidez e dor no membro do AV;
- Lavar diariamente o membro do acesso com água e sabão e manter a área seca de modo a evitar a infeção;
- Mobilizar a mão e o membro para promover a circulação sanguínea mas evitar exercícios que possam provocar hemorragias;
- Evitar a punção venosa do AV e a avaliação da tensão arterial no membro do mesmo;
- Evitar a compressão do AV, não dormindo sobre o membro, não utilizando roupa apertada, relógios, pulseiras e pensos oclusivos;
- Evitar mudanças bruscas de temperatura e situações de traumatismos;
- Remover o penso da punção da hemodiálise apenas no dia seguinte. Se este se apresentar muito fixo deve humedecê-lo primeiro;
- Não levantar nem remover as crostas resultantes das punções;

- Efetuar compressão do local em caso de hemorragia, tal como após a remoção das agulhas no final da sessão de hemodiálise;
- Procurar ajuda dos profissionais de saúde sempre que detetar alguma alteração do AV.

De entre os profissionais de saúde presentes na sala de diálise é o enfermeiro que apresenta uma atuação contínua e direta durante o tratamento. Cabe ao enfermeiro reconhecer o doente não como um agente passivo, recetor de cuidados, mas como um agente ativo do seu autocuidado, capaz de conhecer o seu tratamento e participar na elaboração do seu plano de cuidados favorecendo, assim, uma melhor adesão ao tratamento proposto (Furtado & Lima, 2006).

Tal como descrito pela EDTNA/ERCA (2007) é importante envolver o doente no processo de tratamento de acordo com os seus desejos e capacidades. Tendo em conta as suas necessidades e o seu grau de dependência o enfermeiro deve apoiar o doente substituindo-o total ou parcialmente, ou ainda orientar e supervisionar as suas ações, transmitindo informação de modo a promover uma mudança de comportamentos. Deve acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias. Deve encaminhá-lo para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro. No final deve de avaliar, verificando os resultados das suas intervenções através da observação, resposta do doente, familiares ou outros e dos registos efetuados (OE, 2012).

A educação ao doente e família é uma das ações da responsabilidade do enfermeiro. Esta representa um conjunto de atividades/experiências, que têm como principal finalidade facilitar modificações voluntárias do comportamento, para que os indivíduos e comunidade adquiram padrões de qualidade saudáveis. (Ferreira, 2006, p. 20)

Pagels, Wång, & Wengström (2008) fazem referência ao fato de que as informações relacionadas com o AV transmitidas pelos enfermeiros tendem a melhorar o autocuidado do doente para com o AV. Mesmo existindo diferentes métodos de ensino (centrados no formador, interativos, individualizados) (Redman, 2002), é importante que as informações sejam fornecidas de uma



forma estruturada e sistemática para facilitar a aquisição conhecimentos relacionados com o AV (Sousa, 2015).

A atuação do enfermeiro como educador da pessoa com DRCT é indispensável, pois este é responsável pelas orientações acerca do autocuidado, tornando o outro um membro ativo no seu processo saúde-doença. É essencial que o indivíduo seja respeitado na sua totalidade de uma forma holística (Pacheco, 2007).

No contexto da pessoa com DRCT que possui uma FAV para a realização de HD, o autocuidado é definido como os comportamentos realizados intencionalmente pela pessoa, para a manutenção da saúde e bem-estar, que visam promover o bom funcionamento do acesso (Sousa, 2015).

### **1.3 Autocuidado à Pessoa em HD com FAV segundo o Modelo de Orem**

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (Carta de Ottawa, 1986). De acordo com o artigo 81º do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 89)

“O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:“(...) salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com o objetivo de melhor a sua qualidade de vida (...).”

Segundo Veiga (2006) os modelos conceituais e as teorias de enfermagem não se limitam a orientar a observação e a fornecer um método de encontrar uma explicação para os fenómenos; eles definem quais os fenómenos que fazem parte do interesse da disciplina condicionando o seu objeto de estudo bem como a sua área e intervenção. Neste caso, o fenómeno de interesse é o autocuidado dirigido à FAV. Como tal, considerámos oportuno, devido aos contributos fornecidos à enfermagem, seleccionar a autora Dorothea Orem como fonte norteadora deste trabalho.

A OMS (1983) define autocuidado como um conjunto de atividades tomadas pelo indivíduo, família ou comunidade com a intenção de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, derivando estas atividades do conhecimento e competências obtidas através de profissionais e da experiência de vida. De acordo com Petronilho (2012, p. 11) “Autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal.” Orem (1993, p. 71), autora responsável pelo aprofundamento do conceito, define autocuidado como “...uma atividade aprendida pelos indivíduos e dirigida a um objetivo.” Trata-se de uma conduta orientada pela própria pessoa, para si mesma ou para o meio ambiente (Orem, 1993). Esta decorre em situações concretas da vida e tem como principal finalidade regular os fatores que afetam desenvolvimento do próprio e contribuir para o benefício da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 1993).

Orem desenvolveu uma teoria - Teoria do Défice do Autocuidado- que se rege pela premissa de que “em igualdade de circunstâncias, todos os seres humanos têm o potencial para desenvolver as suas competências intelectuais e práticas e a motivação essencial para o seu autocuidado” (1980, p.29). Esta é composta por três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas (George, 2000).

Na Teoria do Autocuidado este conceito é encarado como uma função humana reguladora, não inata, uma vez que necessita de ser aprendida e desenvolvida, de forma a suprir as necessidades dos indivíduos. A pessoa é capaz de se autocuidar pois apresenta habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, sendo assim dominado de agente de autocuidado. Quando o indivíduo não possui capacidade para o realizar, necessita que esse cuidado seja efetuado por terceiros com responsabilidades sociais (família, amigos) aos quais se denominam de agentes dependentes de cuidados. Caso estes cuidadores sejam os enfermeiros são denominados por agentes terapêuticos de autocuidado (Petronilho, 2012).

Para a Orem (1980, p. 7) “a enfermagem é necessária sempre que a manutenção do autocuidado contínuo exija o uso de técnicas especializadas e a aplicação de conhecimento científico de modo a planear e providenciar o cuidado.” No caso da pessoa com DRCT em programa de HD, a manutenção

do AV que lhe permite a realização do tratamento implica o envolvimento de um conjunto de conhecimentos e técnicas científicas, como a palpação do frémito ou a auscultação do sopro. A ação do enfermeiro como educador é, neste caso, indispensável visto este ser responsável pelas orientações acerca do autocuidado, de forma a torná-lo um membro ativo no seu processo de saúde doença (Pacheco, Santos, & Bregman, 2007).

A capacidade ou o poder do ser humano se envolver no autocuidado (ação deliberada) varia em função do desenvolvimento do indivíduo estando condicionada pelo estado de saúde, pelos fatores que influenciam a educação e pelas experiências de vida que permitem a aprendizagem, pela exposição às influências culturais e utilização de recursos na vida diária (Petronilho, 2012). Uma pessoa com DRCT em programa regular de HD, condicionada frequentemente pela sua situação de saúde poderá apresentar a sua capacidade/disposição para cuidar da sua FAV diminuída, tendo a família, os amigos ou o enfermeiro um papel fundamental na prevenção ou detecção precoce de complicações relacionadas com o AV.

A Teoria do Déficit do Autocuidado é considerada o elemento essencial da teoria de enfermagem de Orem, definindo quando e em que casos a enfermagem é necessária. Essas situações são por exemplo quando um indivíduo adulto é incapaz ou possui limitações na realização contínua do autocuidado. Para colmatar essas limitações ou incapacidades para o autocuidado Orem define cinco métodos de ajuda que a enfermagem deverá ser capaz de realizar. São eles: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa (George, 2000). Para além desses cinco métodos de ajuda, Orem define também cinco áreas de atividade que a enfermagem deve praticar são elas iniciar e manter relação enfermeiro-doente com o indivíduo, família ou grupo até doente ser legitimamente liberado da enfermagem; determinar a maneira como os doentes podem ser ajudados pela enfermagem; responder aos desejos, solicitações e necessidades do doente; prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes e às pessoas significativas; coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do doente (George, 2000).

Já a Teoria dos Sistemas de Enfermagem determina como é que os enfermeiros, os doentes ou ambos conseguem responder às necessidades de autocuidado dos doentes (Petronilho, 2012). Se houver um défice de autocuidado, ou seja um défice entre o que o indivíduo pode fazer e o que precisa ser feito para manter o bem-estar e autonomia, é exigida a intervenção da enfermagem (George, 2000). O sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é assim baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades que o doente apresenta no desempenho das atividades de autocuidado (Petronilho, 2012). Nesta teoria são identificadas três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório (situação em que o indivíduo é totalmente incapaz para o autocuidado e a intervenção de enfermagem é necessária para compensar inteiramente essa incapacidade); sistema parcialmente compensatório (situações em que o indivíduo realiza algumas ações de autocuidado mas necessita do enfermeira para compensar aquelas que não consegue executar); e o sistema de apoio e educação (quando o indivíduo é capaz de executar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado) (George, 2000).

Tal como referido anteriormente ao iniciar uma técnica de substituição da função renal (TSFR), como a HD, a pessoa é submetida a muitas mudanças do seu quotidiano. Todas essas mudanças geram *stress* e desencadeiam sentimentos de revolta e conflitos que interferem na adesão ao tratamento (Pacheco, 2007).

Além da necessidade de realizar um tratamento dialítico que lhe ocupa aproximadamente 4 horas três vezes por semana, a pessoa com DRCT fica ainda exposta a um risco elevado de internamentos devido a possíveis complicações com os AV. O enfermeiro deve conhecer a pessoa com DRCT que realiza HD em toda a sua globalidade de modo a determinar quais as necessidades em relação ao autocuidado (identificar o tipo de sistema de enfermagem em que o doente está incluído: totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio e educação). Deste modo poderá garantir a manutenção e eficácia da FAV.

É fundamental capacitar as pessoas, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades (Carta de Ottawa, 1986). Numa atitude em que se valorize e aceite o

autocuidado como base para o exercício, em vez de dizer aos doentes o que fazer, e de fazer as coisas por eles, a enfermeira trabalha concretamente para capacitá-los a tomarem decisões e a agirem por eles próprios, exceto quando não é possível (Pearson & Vaughan, 1992).

Orientar a pessoa com FAV para o autocuidado, implica muito mais do que simples orientações técnicas, implica conhecer a individualidade e as necessidades específicas de cada ser humano de forma a potenciar os recursos da pessoa para a autogestão e para prevenir complicações. O objetivo é que o doente consiga ser responsável pelo cumprimento de uma série de orientações que fomentam o autocuidado, de forma a não comprometer o funcionamento adequado da FAV.

Enquanto futura enfermeira especialista pretendo identificar as necessidades de autocuidado da pessoa, naquele momento, não só em relação à sua FAV mas também a outros aspetos específicos relacionados com a DRC. Deste modo poderei reconhecer em que tipo de sistema de enfermagem esta se inclui e implementar cuidados mais adequados.

## **CAPÍTULO II**

### **1. PERCORRENDO O CAMINHO DE FUTURA ESPECIALISTA**

Ser enfermeiro é “...ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários...” (Henderson, 2004, p.3).

Orem (1995, p.42) considera que a enfermagem é necessária quando o adulto é incapaz de “manter continuamente, a quantidade e a qualidade de autocuidado terapêutico na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos.” Já a OE (2012, p.15) refere que a

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Trata-se de uma profissão diferenciada cujo foco de atenção é sem dúvida o outro, o Ser Humano no seu todo, são ou doente. Nesta arte de cuidar a pessoa é conceptualizada como um ser completo, indissociável, maior que a soma das partes, com carácter de unicidade em relação consigo mesmo e com o universo. No cuidar, intervir significa “ser com” a pessoa (Kérouac, et al 1996).

O enfermeiro e o doente apresentam assim papéis complementares, ou seja, um determinado comportamento do doente provoca uma resposta específica da enfermeira e vice-versa. Ambos trabalham com o principal objetivo de alcançar a meta: o autocuidado (George, 2000).

Como conceito dinâmico de influência histórica, cultural e social, a saúde é encarada como um recurso essencial à vida, ao qual as pessoas e comunidades devem contribuir para a sua promoção e manutenção com vista ao alcance de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida (Sousa, 2009). Além de um bem essencial para o ser humano trata-se de um direito fundamental.

Orem (1995) apoia a definição de saúde da OMS (1946) como o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Ela constata que os aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais são inseparáveis do indivíduo.

É neste caminho, em que a disciplina de enfermagem tem por base o modelo holístico e compreende a pessoa como um todo, em inter-relação com o corpo, mente e espírito, promovendo bem-estar psicológico e fisiológico bem como fomenta as relações socioculturais em constante mudança económica e ambiental dos cuidados (McEvoy & Duffy, 2008) que eu pretendo orientar a essência da minha prestação de cuidados e tornar-me uma EEEMCVN.

Para alcançar esta meta profissional é necessário adquirir e desenvolver um conjunto de competências tendo em conta a área de intervenção. Como competências comuns a OE (2010, p.3) considera que:

“...são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”

Foi no decorrer da minha prestação de cuidados à pessoa com alteração da eliminação renal e sua família, nos diferentes contextos de ensino clínico, que tive a oportunidade de crescer enquanto profissional. Foram diversas as atividades realizadas que contribuíram para a minha formação atual e para o ser pessoa que me tornei.

No decorrer destas 18 semanas de estágio tornou-se possível experienciar um conjunto de situações que contribuíram para o adquirir e aprofundar conhecimentos relacionados com a pessoa com alteração da eliminação renal, e sua família, mais especificamente o autocuidado da pessoa com DRCT à FAV. Em cada um dos locais de ensino clínico, objetivei:

- Conhecer a dinâmica das organizações e integrar progressivamente nas diferentes equipas multidisciplinares;
- Identificar o papel do EEEMCVN ou enfermeiro perito nos cuidados à pessoa com alteração da eliminação renal;

- Aprofundar conhecimentos referentes à fisiopatologia da eliminação renal e diferentes técnicas de substituição dessa função orgânica;
- Identificar e validar as necessidades específicas da pessoa com alteração da eliminação renal e sua família;
- Prestar cuidados individualizados e personalizados à pessoa com alteração da eliminação renal e sua família, tendo em conta as competências específicas do EEEMCVN;
- Desenvolver o pensamento crítico face à prestação de cuidados à pessoa com alteração da eliminação renal e sua família;
- Observar os comportamentos de autocuidado à FAV pela pessoa com DRCT, nos diferentes contextos de ensino clínico.

Neste capítulo serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas no seio de cada contexto. Optou-se por descrever e especificar a duração, organização e dinâmica de cada campo de estágio em apêndices (1 e 2). Esta secção encontra-se assim organizada de acordo com o local de estágio.

### **1.1 Hospital de Lisboa e Vale do Tejo – Serviço de Nefrologia**

Para aprofundar muitos dos conteúdos abordados durante as sessões teóricas decidi iniciar a minha prática de cuidados enquanto futura EEEMCVN num serviço de nefrologia. Deste modo, seria possível o contacto com pessoas com alterações da sua eliminação renal, que se encontravam ou não a realizar alguma TSFR.

O Hospital de Lisboa e Vale do Tejo onde realizei o meu primeiro ensino clínico é responsável pela prestação de cuidados a cerca de 350 mil habitantes. A par de outros serviços, o serviço de nefrologia é uma das referências do hospital. Associado fisicamente a outros dois serviços, este possui um número total de 23 camas e duas macas, nas quais 10 são destinadas especificamente para a prestação de cuidados a pessoas com alteração da eliminação renal.



O conhecimento de toda a dinâmica funcional do serviço e a minha integração na equipa multidisciplinar tornou-se uma mais-valia para o desenvolvimento de competências. Conhecer as normas e regras pelas quais é gerido, identificar os recursos humanos e materiais existentes e conhecer as pessoas responsáveis pelas diferentes tarefas foram alguns objetivos alcançados que me permitiram compreender como é realizada a gestão dos cuidados de modo a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (OE, 2010).

No decorrer deste ensino clínico foi possível deparar-me com várias dificuldades experienciadas por parte da equipa em manter a qualidade dos cuidados prestados e em salvaguardar a segurança do doente. O rácio enfermeiro-doente é muitas vezes ultrapassado, e as limitações de espaço associado ao elevado número de infeções hospitalares, foram algumas das situações por mim constatadas. A necessidade de internamento de pessoas já sujeitas a TXR é por vezes encarada como um grave problema para o serviço. Tratam-se de pessoas imunodeprimidas que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem permanentes e que perante a escassez de recursos são obrigadas a permanecer num serviço cujas infeções nosocomiais continuam a ser uma realidade. É com o intuito de “otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados” (OE, 2010, p.9) que a enfermeira chefe, em discussão com a equipa e com outros recursos do hospital (p. ex. controlo de infeção) tenta encontrar a melhor forma de proporcionar ao doente transplantado os cuidados que este necessita com máxima qualidade e segurança. Estas pessoas são colocadas num quarto do serviço previamente limpo e desinfetado e onde há a preocupação de manter um elevado nível de assepsia. Contudo, até que ponto estes doentes estão livres de serem contaminados por microrganismos inoportunos? Não seria mais adequado reservar uma área específica para doentes imunodeprimidos?

Este foi um dos aspetos discutidos com a enfermeira orientadora que se demonstrou também ela preocupada com a situação. Não existindo uma possibilidade do hospital disponibilizar uma área específica para estes doentes, a gestão do espaço era feita tendo em conta o mínimo de risco de infeção para o doente com TXR. Contudo, muitos aspetos dificilmente eram controlados: as visitas de familiares dos outros doentes com quem estes partilhavam o espaço,

por exemplo. A formação dos familiares e dos doentes em relação às medidas básicas de controlo de infeção aquando do acolhimento (lavagem e desinfeção das mãos, por exemplo) seria uma estratégia facilitadora na redução deste risco. Porém, surge outra dificuldade: ausência de disponibilidade por parte da equipa de enfermagem para o fazer devido à escassez de recursos humanos.

Um dos procedimentos realizados no serviço e no qual tive a possibilidade de colaborar foi a biópsia renal. Este é considerado um procedimento “fundamental para o diagnóstico e prognóstico de diversas patologias nefrológicas e sistémicas...” (Castro, Sequeira, Faria, Belmira, Sampaio, & Roquete, 2004), que demonstra uma elevada importância na vida da pessoa com alteração da eliminação renal. Numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista tem o dever de criar e manter o ambiente terapêutico e seguro, “considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.” (OE 2010, p. 7). Na realização deste procedimento o enfermeiro tem um papel fundamental desde a preparação do doente, à preparação do material e respetivos cuidados. Trata-se de uma técnica invasiva, que apresenta riscos e pode ser responsável por complicações quer para o rim quer para outros órgãos próximos. A hematúria macroscópica nas primeiras 24 horas, o hematoma renal, a hemorragia durante a biópsia, a punção de outras vísceras ou órgãos, a infeção associada ao procedimento, a hemorragia renal incontrolável com necessidade de nefrectomia, a fístula arteriovenosa intra-renal apresentada por hematúria, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, sopro lombar ou abdominal e ainda a morte associada à biópsia são algumas complicações possíveis descritas (Castro, 2004, p. 20).

O enfermeiro especialista deve desenvolver um exercício profissional e ética no seu campo de intervenção, garantindo não só uma prática segura, profissional e ética, mas também respeitadora dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais (OE, 2010). Na biópsia renal este profissional tem o imperativo de informar o doente e a família relativamente aos cuidados que lhes estão associados, bem como de respeitar, defender e promover o

direito da pessoa ao consentimento informado (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

A possibilidade de contactar com pessoas com LRA ou DRC que não se encontram em programa de diálise foi um dos aspetos que me levou a optar por iniciar o meu percurso clínico no serviço de nefrologia. É no período de internamento que muitos destes doentes se deparam com inúmeras mudanças: estilo de vida, dieta alimentar, medicação, formas de tratamento, alterações físicas, modificações do esquema e imagem corporal, entre outras. Todas estas alterações levam a que a pessoa com DRC necessite de novas informações para que, de uma forma consciente e orientada, possa ser capaz de tomar decisões e aprender acerca dessa nova experiência. A doença, a par de tudo o que lhe está associado, poderá ser responsável pelo aumento do nível de ansiedade na pessoa, pelo desenvolvimento de sintomatologia depressiva, e pelo surgimento de sentimentos de frustração e angústia (Barros, 2005).

Este ensino clínico permitiu-me prestar cuidados a algumas pessoas nestas condições, que encaravam o enfermeiro como um suporte essencial no seu processo de doença. O esclarecimento de dúvidas relacionadas com a sua situação presente e com o futuro próximo eram frequentemente expostas ao EEEMCVN (alimentação, medicação e até a possibilidade de necessitar de uma TSFR) que, com o seu nível de competências, ajudava a pessoa a sentir-se mais segura e confortável.

Pagels et al. (2008) evidenciaram que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros leva a um aumento oportunidades de aprendizagem, estimula o autocuidado, desencadeia debates e reflexões sobre a sua situação de saúde e a influência da doença na vida cotidiana. Estes autores também referem que os cuidados prestados pelos enfermeiros aumenta a capacidade dos doentes se preparem tanto física como mentalmente para o início da diálise (Pagels et al., 2008).

Através da recolha de informação pertinente junto da pessoa com alteração da eliminação renal, da elaboração de um plano de cuidados, da observação dos cuidados de enfermagem prestados por parte do EEEMCVN e da pesquisa bibliográfica tive a possibilidade de cuidar do outro nos diferentes estádios da DRC de forma personalizada. Deste modo, consegui desenvolver

competências relacionadas com as intervenções de enfermagem baseadas em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes (OE, 2010).

No decorrer deste estágio surgiu ainda a oportunidade de realizar uma reunião de enfermagem na qual a discussão e partilha de conhecimentos me permitiram desenvolver competências no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Com o intuito de colaborar no processo de formação no serviço tentei identificar, junto da enfermeira chefe e alguns elementos especialistas, uma temática que considerassem importante e interessante para ser desenvolvida. Visto dominar a área dos AV fui incluída na equipa responsável pela dinamização do projeto de formações relativas aos AV. A chegada de novos elementos à equipa de enfermagem (com pouca experiência na área da nefrologia) e a curiosidade por parte dos enfermeiros já existentes a reunião teve como principal finalidade evidenciar o papel do enfermeiro no centro de acessos vasculares e demonstrar a importância do trabalho em equipa na deteção e intervenção precoce de complicações dos AV. A reunião decorreu segundo o plano da sessão (apêndice 3) e contou com a presença de 17 profissionais incluindo a enfermeira chefe e segundos elementos. A partilha de conhecimentos foi considerada uma mais-valia para os profissionais e todos se mostraram bastante satisfeitos no final da reunião (maioria dos enfermeiros atribuiu pontuação máxima segundo o apêndice 4).

Esta foi também uma forma de demonstrar aos colegas a importância de promover o autocuidado do AV. Durante este período tive a possibilidade de contactar com pessoas que tinham como AV uma FAV. Verifiquei que algumas delas, mesmo fazendo diálise há alguns anos, não sabiam averiguar o funcionamento do AV, tinham maus cuidados de higiene (unhas grandes e sujas), dormiam com o membro do AV por baixo do tronco, ou não sabiam qual a altura correta para retirar os pensos resultantes das punções da HD. Para além da partilha de conhecimentos com os colegas do serviço acerca da necessidade de promovermos autocuidado à FAV, este ensino clínico serviu para constatar a ausência de comportamentos de autocuidado, e incentivar alguns destes doentes a adquiri-los através do ensino. Como tal, esta experiência tornou-se numa mais-valia para o trabalho de investigação a desenvolver.

Neste ensino clínico tive a possibilidade de contactar com diversas pessoas com DRC com diferentes necessidades de autocuidado. Tendo como linha orientadora o modelo de Orem prestei cuidados totalmente compensatórios (a pessoas que realizavam biópsia renal e que necessitavam de permanecer em repouso no leito durante um período de 24h), parcialmente compensatórios (a pessoas que realizavam DP e que por um agravamento da doença necessitaram de internamento precisando de apoio na realização da técnica) e de apoio-educação (quando identificava, por exemplo, ausência de comportamentos de autocuidado com a FAV por parte de doentes internados que realizavam HD no hospital – não remoção de pensos, não verificação de frémio, dormir com o membro do acesso por debaixo do corpo, etc. demonstrando capacidades para o fazer).

Foram várias as dificuldades sentidas neste ensino clínico. A gestão do tempo, passando pela ausência de experiência na área do internamento, pela necessidade de desenvolver conhecimentos adquiridos nas aulas (relacionados, por exemplo, com fisiopatologia da DRC), entre outros, foram alguns dos obstáculos a enfrentar que decerto contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional.

De uma forma geral, considero que, além de ter conseguido alcançar os objetivos inicialmente estabelecidos também me foi possível desenvolver e aprofundar competências importantes para o meu dia-a-dia profissional.

## **1.2 Clínica de Hemodiálise**

Visto ambicionar o acompanhamento da pessoa com alteração da função renal em todas as etapas da doença, pareceu-me significativo conhecer os cuidados que são realizados para além do internamento hospitalar. Deste modo, com o intuito de compreender como são prestados os cuidados de enfermagem à pessoa e família com DRCT em programa regular de HD propus-me realizar um estágio de 8 semanas num dos centros de HD.

A clínica de HD onde realizei o meu ensino clínico é considerada uma das maiores unidades de cuidados diferenciados da região de Lisboa. Em funcionamento desde o ano de 1983 esta unidade estabelece como prioridade

os doentes e aposta na formação de uma equipa multidisciplinar competente, que trabalha diariamente para proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas com DRCT. Apesar de apresentar uma capacidade para prestar cuidados a 408 doentes, atualmente apenas 275 doentes realizam aqui o seu tratamento. Cada turno é composto por 12 enfermeiros, de entre os quais dois são chefes de sala responsáveis pelo apoio de retaguarda à restante equipa. Cada enfermeiro é responsável por 5 a 6 doentes.

Após a pesagem, acomodação e avaliação do estado geral e hemodinâmico do doente, todo o material necessário é organizado para conectá-lo ao monitor de diálise. É durante esta avaliação inicial que muitas vezes o enfermeiro deteta a presença de comportamentos por parte do doente que devem ser trabalhados. A promoção e gestão do autocuidado relacionado com a restrição hídrica e alimentação, por exemplo, é um dos problemas mais sentidos pelos profissionais, mas também um dos mais trabalhados com os doentes. Durante este estágio foi possível conhecer algumas estratégias utilizadas pelos enfermeiros peritos para incentivarem os doentes a reduzirem o consumo de líquidos no período interdialítico, tais como, gerir a quantidade de líquidos que ingere recorrendo a uma medida de referência (um copo de 200cc), colocar um pedra de gelo na boca, beber pouca quantidade de cada vez, bochechar a boca com água, reduzir o sal, etc. Além disso, a passagem pelas consultas de nutrição foi também uma mais-valia na aquisição de conhecimentos relacionados com a alimentação, mais especificamente com a quantidade de proteínas, potássio, sódio, fósforo que as pessoas com DRCT em programa de HD devem ingerir.

Com a colaboração dos enfermeiros peritos tive a possibilidade de conectar alguns doentes ao circuito extra corporal. No caso da existência de uma FAV ou do enxerto, observava o local do AV para avaliar a presença de possíveis sinais inflamatórios, palpava o frémito e auscultava o sopro de forma a confirmar o seu funcionamento. Caso o AV fosse um catéter, observava cuidadosamente o local de inserção e do túnel, e conectava o doente, tendo em conta o protocolo do serviço.

Conectado o doente ao sistema extracorporal, dá-se início à sessão de HD acionando a bomba de sangue no monitor. Os parâmetros vitais são reavaliados, é administrada a carga inicial de heparina e é aumentada a

velocidade da bomba de acordo com a tolerância do doente, com o calibre das agulhas e com a prescrição médica. Visto cada doente apresentar um cartão pessoal com os dados e parâmetros adequados para aquela sessão, estes são apenas sujeitos a uma confirmação e só são alterados pelo enfermeiro com negociação com o doente, sob indicação médica ou pelo surgimento de complicações intradialíticas.

Como é possível constatar, a HD é um procedimento de alta complexidade realizado pela equipa de enfermagem, no qual a atuação dos profissionais é decisiva diante do diagnóstico e controlo das diferentes complicações decorrentes da sessão dialítica (Thomé & Silva, 2009).

A vigilância dos doentes durante o tratamento de HD é um cuidado fundamental. São várias as intercorrências que poderão surgir e que colocam em causa a própria vida do doente. Tratando-se de um dos profissionais responsáveis pelo tratamento, o enfermeiro deve estar desperto não só para os alarmes da máquina, mas também às manifestações e alertas do próprio doente de modo a prevenir e/ou identificar precocemente possíveis complicações intradialíticas. Como refere a OE (2001) “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde do doente.”

De acordo com Fazendeiro (Fresenius, 2011, p. 261) entende-se por “...complicações em hemodiálise todas as situações de mal-estar que, não existindo antes de estabelecido o circuito extracorporal, estão relacionadas com a sessão de diálise.” As complicações mais frequentes registadas na literatura são: hipotensão (20 a 30%); câibras (5-20%); náuseas e vômitos (5-15%); hipertermia; reação pirogénica; prurido e hipertensão arterial (Fresenius, 2011).

Ao longo deste ensino clínico identifiquei algumas complicações experienciadas pelos doentes durante o tratamento (apêndice 4). Mais uma vez, a escassez de conhecimentos e a ausência de experiência relacionada com a HD fez com que sentisse insegurança no controlo destas situações. Contudo, com o desenrolar do estágio, tive a possibilidade de compreender os métodos utilizados pelos enfermeiros peritos na área e, deste modo, considero que consegui adquirir algumas aptidões para responder eficazmente. Tal como indica (Thomé, 2009, p. 38) “a compreensão do funcionamento do circuito da

hemodiálise e de suas complicações potenciais possibilita ao enfermeiro priorizar ações durante os episódios de complicações.”

Enquanto futura enfermeira especialista julgo que, com a experiência alcançada na resposta a este tipo de situações, ao longo do ensino clínico, tornou-se também possível desenvolver competências relacionadas com os cuidados à pessoa em situação crítica. Tal como indica a OE (2010, p.1)

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”

Devido à instabilidade causada pela própria condição de doença e pela realização de um tratamento bastante complexo, como é o caso da HD, é fundamental que o EEEMCVN seja capaz de responder de forma pronta e a antecipatória a possíveis complicações. O diagnóstico precoce, a implementação de respostas de enfermagem adequadas, e a monitorização e avaliação dessas respostas aos problemas identificados são competências que este profissional deve deter numa sala de HD. Tendo em conta a complexidade da situação de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2010).

Foram inúmeras as informações a assimilar durante este período. A minha preocupação inicial foi tentar compreender o funcionamento de toda a tecnologia e a prática adjacente à realização do tratamento de HD. Mas com o decorrer do estágio fui-me apercebendo de que o fato de estar tão centrada na máquina e no seu funcionamento, o outro, a pessoa com DRCT, o centro dos meus cuidados, tinha passado para segundo plano. Se por um lado a tecnologia é fundamental para a sobrevivência destas pessoas, por outro até que ponto a obsessão para com essa mesma tecnologia não se sobrepõe à necessidade de estabelecer de uma relação de parceria com doente? E os doentes? O que sentem os doentes quando se apercebem de que o enfermeiro está mais preocupado com o momento de conexão/desconexão ou com os



alarmes que se fazem soar do que com a pessoa que está a fazer o tratamento?

O cuidado centrado no doente é considerado como um dos fortes componentes dos cuidados de saúde de alta qualidade. O respeito pelos valores do doente, preferências e necessidades, a comunicação, informação e educação, a coordenação dos cuidados, o alívio do sofrimento físico e emocional e o envolvimento da família nos cuidados são domínios que devem ser trabalhados pela equipa multidisciplinar de modo a garantir a qualidade dos cuidados (Cavanaugh, 2015). A tecnologia é verdadeiramente essencial na qualidade de vida destes doentes. É ela que permite substituir a função renal que perderam. Contudo, a pessoa com DRCT é muito mais do que a técnica e do que a máquina que lhe dá a vida. Esta tem valores próprios, necessidades específicas e toda uma envolvimento que o tornam um ser único. Porque não associar ambos os pilares: a tecnologia e os cuidados centrados no outro? A tecnologia realmente não substitui o que fazem os enfermeiros, mas pode e deve ajudá-los a fazer o que fazem melhor (Simpson, 2003).

O fato de ter participado na reunião do 9º Programa de Educação Renal organizado pela EDTNA/ERCA em conjunto com a *Fresenius Medical Care* (anexo 8), onde o tema “*Technology Inhibits Person-Centedered Care*” foi alvo de debate, fez com refletisse acerca da minha prática enquanto prestadora de cuidados à pessoa com DRCT. São diversos os cuidados a serem prestados à pessoa com DRCT em programa de HD. Estes não se podem apenas basear em conhecimentos técnicos e competências práticas que permitam executar o ciclo dialítico. É necessário apostar na humanização dos cuidados e no estabelecimento de uma relação de ajuda. Apesar da dificuldade de manter uma relação de proximidade e parceria com o doente ao mesmo tempo que tentava dominar os aspetos técnicos da HD, consegui encontrar e desenvolver estratégias, como a comunicação e a relação de ajuda, que me permitiram superar mais este obstáculo.

Este ensino clínico permitiu-me também concretizar algumas observações relacionadas com o autocuidado ao AV (problemática do nosso estudo de investigação). Neste período, verifiquei que é realizada, pelo enfermeiro responsável, uma avaliação mensal das características físicas e do funcionamento do AV. Não existindo um momento específico para a promoção

do autocuidado (sessões de educação para a saúde), esta é executada tendo em conta as dúvidas colocadas pela pessoa e a avaliação geral dos comportamentos do doente para com o AV, pelo enfermeiro (sem recurso a um instrumento orientador). Deste modo, pude constatar que algumas das necessidades relacionadas com o autocuidado à FAV, expressadas pelas pessoas com DRCT em programa de HD eram semelhantes, tais como: funcionamento do acesso, remoção de pensos, o que fazer em caso de hemorragia no domicílio, etc. De uma forma geral este parecia ser um tema de interesse. Não seria assim uma mais-valia a realização de um plano de formação tendo em conta o levantamento das necessidades relacionadas com o autocuidado à FAV?

Com o término deste ensino clínico não me considero uma perita, como proposto por Benner (2001) capaz de "...com uma enorme experiência, compreender de forma intuitiva cada situação e apreender diretamente o problema sem me perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis". Contudo, adquiri um conjunto de aptidões que me permitem trabalhar com doentes que estão no programa de HD, tal como propõe a EDTNA/ERCA para o perfil de competências de um enfermeiro especialista em nefrologia (EDTNA/ERCA, 2007).

### **1.3 Hospital de dia de Nefrologia - Unidade de Diálise Peritoneal e Consulta pós Transplante**

O terceiro e último período de estágio decorreu no hospital de dia de nefrologia de um dos Hospitais de Lisboa e Vale do Tejo. Tal como nos estágios anteriores, objetivei para este ensino clínico a aquisição de competências enquanto EEEMCVN, desta vez relacionadas com a DP e TXR.

Apesar de compreender a importância destes dois métodos de tratamento a verdade é que o meu domínio de conhecimentos acerca dos mesmos era reduzido. Pelo fato de deter uma elevada consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, encarei desde logo a passagem pelo hospital de dia como uma fonte rica de oportunidades académicas, profissionais e pessoais, que

contribuiriam para o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade (OE, 2010).

Segundo dados da SPN (2016) o número de doentes incidentes e prevalentes em DP no ano de 2015 aumentou ligeiramente em relação ao ano anterior. Apesar de ser considerada uma técnica relativamente simples e eficaz (Thomas, 2005), a DP requer um compromisso diário e um elevado nível de envolvimento por parte do doente/cuidador, com uma minuciosa atenção em relação aos cuidados de higiene (Griva, et al, 2014).

Em Portugal, no ano de 2015, a primeira causa de abandono desta técnica foi a infeção relacionada com o acesso peritoneal, logo seguida da falência de ultrafiltração/diálise inadequada (SPN, 2016). A prevenção de complicações associadas a infeções que decorrem do tratamento dialítico continua ser, desta forma, um desafio para o enfermeiro de diálise. A ação deste profissional, em DP, não se restringe apenas prestação de cuidados diretos ao orifício. Este é responsável pela formação do doente/cuidador e pela consciencialização destes face à necessidade contínua de autocuidado (Trajano & Marques, 2005).

No decorrer deste ensino clínico tive a possibilidade de prestar cuidados a pessoas que optaram por esta modalidade tratamento. O agravamento da sua função renal, a necessidade de continuar uma vida social ativa, a ausência de acessos vasculares, a inexistência de um rim para transplante ou mesmo a falência do rim transplantado foram alguns dos motivos descritos por doentes que realizam DP no hospital de dia de nefrologia.

O tempo de ensino clínico na unidade deu-me a possibilidade de assistir e participar nos cuidados à pessoa com DRCT em DP. Conhecer quais as suas expectativas face à doença, tratamento e procedimentos necessários, esclarecer algumas dúvidas existentes que transportavam o medo face ao desconhecido, ajudar a encontrar estratégias facilitadoras do autocuidado, encaminhar o doente para outro profissional da equipa também ele competente, ou simplesmente estar e ser com a pessoa nos momentos de angústia e ansiedade causadas pela evolução da doença, foram alguns dos cuidados de enfermagem por mim prestados. Estes contribuíram para que aprofundasse e desenvolvesse competências específicas enquanto futura EEEMCVN: Promove a proteção dos direitos humanos e gere na equipa, de forma apropriada, as

práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.... Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos (OE, 2010).

A colocação do catéter de DP é o primeiro passo para dar início a esta técnica. Segundo a literatura são os catéteres de Tenckhoff simples e encaracolados os mais utilizados, podendo estes serem colocados de diversas formas (Thomas, 2005). No caso desta unidade hospitalar são utilizados maioritariamente catéteres de Tenckhoff encaracolados e habitualmente são inseridos ou por via cirúrgica (na sala de bloco), ou por via angiográfica (na sala de angiografia) ou às cegas (na sala do próprio hospital de dia). Neste último caso, é o enfermeiro perito em DP o responsável pela preparação do doente para o procedimento, pela preparação de todo o equipamento necessário e pelos cuidados após colocação, tendo em conta o protocolo da instituição.

Os primeiros cuidados ao orifício do catéter de DP são realizados pela equipa de enfermagem do hospital de dia de nefrologia. De acordo com o protocolo instituído na unidade é feita a limpeza com soro, desinfecção com iodopovidona e colocado um penso seco. Este procedimento é diário, podendo passar a dias alternados durante um período de 30 dias, de acordo com a evolução da cicatrização do orifício. Segundo a literatura (Alfredo, 2013) a aplicação de um antisséptico no local de saída do catéter de DP reduz o número de infeções e impede a ocorrência de peritonites. Com esta pesquisa da investigação científica e outras análises comparativas consegui desenvolver as competências “Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática” (OE, 2010).

Em comparação com as pessoas em HD, os doentes em DP têm de assumir um papel mais ativo no seu tratamento, pois são responsáveis por cerca de 90% dos cuidados associados. As intervenções educativas desempenham um papel fundamental para que estes consigam não só alcançar o sucesso, mas também se envolvam ativamente no seu tratamento, tornando-se capazes de se auto cuidarem (Schaepe & Bergjan 2015).

São também as intervenções educativas face ao autocuidado com a FAV que poderão contribuir para a prevenção e deteção precoce de complicações associadas aos AV, nomeadamente à FAV. Se na DP há um forte investimento

por parte da equipa de enfermagem para promover o autocuidado ao orifício de saída (por exemplo), porque não investir na formação do doente com FAV para que este seja também ele responsável pela prevenção e deteção precoce de complicações?

Neste hospital de dia de nefrologia o ensino ao doente em DP é um *continuum* ao longo do tempo de tratamento. Se numa primeira fase este processo é mais intensivo, de forma a tornar o doente ou o prestador de cuidados competentes no autocuidado, à medida que o tempo passa, também vão sendo realizadas avaliações periódicas, com o intuito de identificar e corrigir possíveis erros. A equipa tem ao seu dispor um protocolo de ensino para os doentes que iniciam esta modalidade. Este protocolo permite, acima de tudo, a organização e gestão dos vários recursos: a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, dietista, assistente social), o tempo e os materiais de apoio. A gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (OE, 2010), foi assim outra das competências aqui desenvolvidas.

Nesta unidade os registos de enfermagem têm um papel fundamental na promoção de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. É através do levantamento anual dos dados registados (relativamente ao número de infeções do orifício, do túnel do cateter e até de peritonites, por exemplo) que se torna possível identificar os cuidados a serem melhorados no ano seguinte. Ao realizar esses registos e colaborar no levantamento dos dados relativos ao ano de 2015 considero que participei em projetos institucionais na área da qualidade, uma das competências do enfermeiro especialista (OE, 2010).

Dados da SPN (2016) referem que o número de doentes saídos para TXR é muito significativo na DP. Este fato pode estar associado, entre outros, à impossibilidade de realização de HD após a falência do peritoneu na DP, tornando o TXR como a única via de sobrevivência da pessoa com DRCT. O TXR é considerado o tratamento de 1ª linha das pessoas com DRCT (Thomas, 2005). Tal como descrito no despacho 6537/2007 (Diário da República, 2007) os órgãos para transplantação são um bem da comunidade e destinam-se a doentes que, com este gesto, podem melhorar a sua sobrevivência e qualidade de vida.

A unidade de TXR deste hospital reiniciou a sua atividade em 2000, e tem vindo a registar uma atividade consistente na transplantação renal, embora condicionada pela atividade de colheitas de órgãos, que tem sofrido alguma flutuação ao longo dos anos. Mesmo assim, verifica-se que até final de 2014 foram sujeitos a TXR cerca de 265 doentes. Nesta unidade são seguidos pessoas com DRCT cujo TXR se efetivou no próprio hospital e também alguns doentes que pediram transferência de outros locais, referenciados com relatório médico dessa mesma unidade. (Unidade de Transplantação, 2015)

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com DRCT no pós TXR passam pela promoção de comportamentos saudáveis e pela avaliação e identificação precoce de possíveis complicações. A monitorização da terapêutica imunossupressora, por exemplo, é indispensável para manter o nível estável da substância no organismo, evitando para o transplantado a perda do enxerto, no caso de doses baixas, ou a toxicidade, no caso de doses elevadas. (Garcia, Lopes, Schott, Beck & Pomblum, 2004).

São os enfermeiros da unidade de consulta de pós TXR que muitas vezes identificam problemas ao nível da adesão do regime medicamentoso através, por exemplo, do questionamento de rotinas. São estes profissionais que colhem a amostra de sangue necessária para identificar a dose do imunossupressor em circulação, verificam os resultados, e frequentemente servem de intermediário entre médico e doente, no caso de reajuste das doses. É também desta forma que a equipa de enfermagem cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010).

Nesta experiência do cuidado à pessoa com TXR senti que muitas vezes desempenhei o papel de consultor quando os cuidados requeriam um nível de competência correspondente à área de especialidade (OE, 2010). Muitas destas pessoas detinham um AV ainda funcionante pelo qual realizavam HD, antes do TXR. Em caso dúvidas relacionadas com a FAV, quer ao nível do funcionamento, quer do próprio cuidado, fui encarada como um ponto de referência por parte da equipa.

Com o finalizar de mais uma etapa académica tive a possibilidade de compreender que o enfermeiro EEMCVN que presta cuidados na área da DP e pós TXR, exerce um papel indispensável no cuidado humanizado à pessoa com DRCT e família. Nestas duas opções de tratamento, o autocuidado é,

inquestionavelmente, a base do sucesso e, conseqüentemente, chave para o bem-estar e qualidade de vida do doente. Este profissional assume um papel importante pois é o principal responsável pela promoção dos comportamentos de autocuidado. Recorrendo ao sistema de enfermagem de Suporte e Educação, este tem que adquirir competências diferenciadas que deem resposta às dificuldades e necessidades vivenciadas por cada doente na gestão do seu autocuidado.

## **CAPÍTULO III**

### **1. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO - METODOLOGIA**

A investigação científica é um método sistemático que permite examinar os fenômenos com o objetivo de obter respostas para questões precisas que precisam de ser investigadas. Trata-se do processo de aquisição de conhecimentos mais rigoroso e aceitável. Este possibilita o alargamento do campo de conhecimentos de uma disciplina facilitando assim o seu desenvolvimento enquanto ciência (Fortin, 2003).

De acordo com a OE (2006, p.1) “A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação.” Através da investigação científica, investigação aplicada e investigação ação é possível fornecer uma maior consistência científica à enfermagem.

Orem (1995, p.256) também refere que a arte da enfermagem é

“a qualidade das enfermeiras que permite que elas façam investigações criativas, análises e sínteses das variáveis e dos fatores condicionantes, nas situações de enfermagem, para trabalhar em direção à meta de produção de sistemas de assistência de enfermagem eficientes para o indivíduo e para as unidades multipessoais.”

Sempre que os resultados da investigação são aplicados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros, a possibilidade de uma melhoria ao nível da qualidade dos cuidados é aumentada. Deste modo, com o intuito de encontrar estratégias promotoras de uma melhoria contínua da qualidade relacionada com o Autocuidado à FAV da pessoa com DRCT em HD, decidimos realizar um estudo de investigação nesta mesma área.

O presente capítulo é dirigido à apresentação e discussão da metodologia utilizada tendo em conta a finalidade e os objetivos do estudo em questão. Este encontra-se organizado em duas partes: uma primeira onde são descritas as questões de partida e os objetivos e abordadas as questões metodológicas; e a segunda parte onde é realizada a análise e discussão dos resultados obtidos.



## 1.1 Concetualização do Estudo

Tratando-se de uma doença considerada como um problema de saúde pública, a DRC é responsável pela mobilização de um vasto número de recursos, trazendo implicações quer ao nível económico quer social. Um dos grandes desafios experienciados pelos profissionais e autoridades de saúde é o controlo eficaz do aumento desta doença (Sousa, 2014).

O diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato são etapas essenciais na prestação de cuidados a estes doentes, pois possibilitam a educação pré-diálise e a implementação de medidas preventivas que retardam ou mesmo interrompem a progressão para os estágios mais avançados da DRC, assim como diminuem morbilidade e mortalidade iniciais (Bastos, 2011).

Contudo, quando não é possível controlar o curso da doença e esta atinge o estágio 5 surge, na maioria dos casos, a necessidade de substituir a função renal perdida através de uma técnica extra corporal.

Um dos requisitos obrigatórios para a realização da terapia de HD é o competente desempenho do AV (Torreggiani et al., 2013). Porém, a sua otimização continua a ser um desafio permanente para os profissionais de saúde e para os próprios doentes. (Moist, et al, 2013). De entre os diferentes tipos de AV a FAV é considerado o mais favorável para o tratamento de HD, quer em relação à função, quer relativamente à duração e taxa de complicações (Adib-Hajbaghery, Molavizadeh, & Alavi, 2012).

Para garantir o máximo de longevidade nas melhores condições possíveis são necessários cuidados específicos por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos e do próprio doente. Deste modo, a educação da pessoa com DRC é um elemento essencial na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Moist, et al, 2013).

Normas europeias dirigidas à prática de cuidados do enfermeiro especialista em nefrologia referem que este profissional deve ajudar o doente e a sua família a adaptar-se à DRCT, estimulando a capacidade de autocuidado e ajudando-os a alcançar o nível ideal de bem-estar e independência. Importa assim destacar a importância de promover comportamentos de autocuidado com o AV, a fim de mantê-lo nas melhores condições possíveis, visto o seu estado influenciar a eficácia do tratamento de diálise (Sousa et al., 2014).

O posicionamento do enfermeiro face à pessoa com DRCT em programa de HD permite-lhe observar e identificar precocemente as complicações ou problemas com a FAV. Além disso, este tem também um papel fundamental no desenvolvimento de estratégias para capacitar a pessoa para o desenvolvimento de comportamentos do autocuidado para otimizar a FAV, particularmente a nível da prevenção da infeção e trombose (Sousa, 2009).

Sousa et al. (2014) evidenciaram que existem poucos estudos que avaliam os comportamentos de autocuidado em pessoas com DRCT com FAV, bem como as intervenções que contribuem para a promoção desse autocuidado.

Deste modo, a opção pela temática - O autocuidado à FAV da pessoa com DRCT em HD - deve-se a quatro fatores essenciais: à evolução epidemiológica da DRCT nos últimos anos, o que leva a que seja identificada como um problema de saúde pública ao nível mundial; à problemática associada às complicações com AV que muitas vezes é motivada pela ausência de autocuidado; à escassez de estudos relacionados com a temática; e à importância da intervenção do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados à pessoa com DRCT, mais especificamente na promoção do autocuidado do AV.

Optamos por realizar um estudo quantitativo/descritivo uma vez que este tipo de trabalhos permitem obter um maior número de informações relativas às características de uma população, ou até mesmo acerca de fenómenos ainda pouco estudados (Fortin, 2003).

## **1.2 Finalidade e objetivos**

Com o intuito de contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados por parte do enfermeiro de nefrologia, nomeadamente cuidados dirigidos à FAV, o presente estudo, intitulado “O autocuidado à FAV da pessoa com DRCT em HD” tem como objetivos:

### **Objetivos gerais:**

- Identificar os comportamentos de autocuidado à FAV desenvolvidos pela pessoa com DRCT em programa de HD;

### **Objetivos específicos:**

- Identificar características sociodemográficas/clínicas que podem influenciar de forma significativa os comportamentos de autocuidado com a FAV;
- Identificar os défices de autocuidado com a FAV.

## **1.3 Questões de Investigação**

De acordo com Fortin (2003, p. 101) “...a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar...” Este enunciado descritivo é o princípio e o fim do processo de investigação. É a razão de ser do estudo, o que orienta o grupo de investigação e o que motiva o esforço e investimento (Fonseca, Canhota, Silva, Simões, Yaphe, Maia, ..., Ramos, 2007).

Com o intuito de identificar os comportamentos de autocuidado desenvolvidos pelas pessoas com DRCT à FAV definimos como questões orientadoras da investigação:

- Quais os comportamentos de autocuidado à FAV desenvolvidos pelas pessoas com DRCT em programa de HD?
- Quais as principais características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DRCT que apresentam níveis de autocuidado mais elevados em relação à FAV?
- Quais as principais características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DRCT que apresentam níveis de autocuidado menos elevados em relação à FAV?
- Quais os défices de autocuidado com FAV?

## **1.4 Definição da População e Amostra**

De acordo com Huot (2002) a população (N) de um estudo de investigação corresponde à totalidade das unidades sobre as quais o estudo irá incidir: todos

os objetos, animais, fatos, territórios ou pessoas. Já a amostra (n) é um subconjunto dessa mesma população (Hout, 2002).

No presente estudo consideramos que a população seriam as pessoas com DRCT, com idade superior a 18 anos, com FAV como AV para realização do tratamento de HD e que realizassem este tratamento há pelo menos 6 meses na unidade satélite.

Seriam excluídas as pessoas que nas condições anteriores:

- Apresentassem diagnóstico de demência (recurso ao teste de declínio cognitivo de 6 itens);
- Apresentassem diagnóstico de distúrbios psiquiátricos;
- Estivessem hospitalizados;
- Não compreendessem a língua Portuguesa.

O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico de conveniência, uma vez que os elementos selecionados apresentavam um ou mais critérios julgados importantes pelo investigador tendo em conta os objetivos do trabalho de investigação que está a realizar (Carmo & Ferreira, 1998).

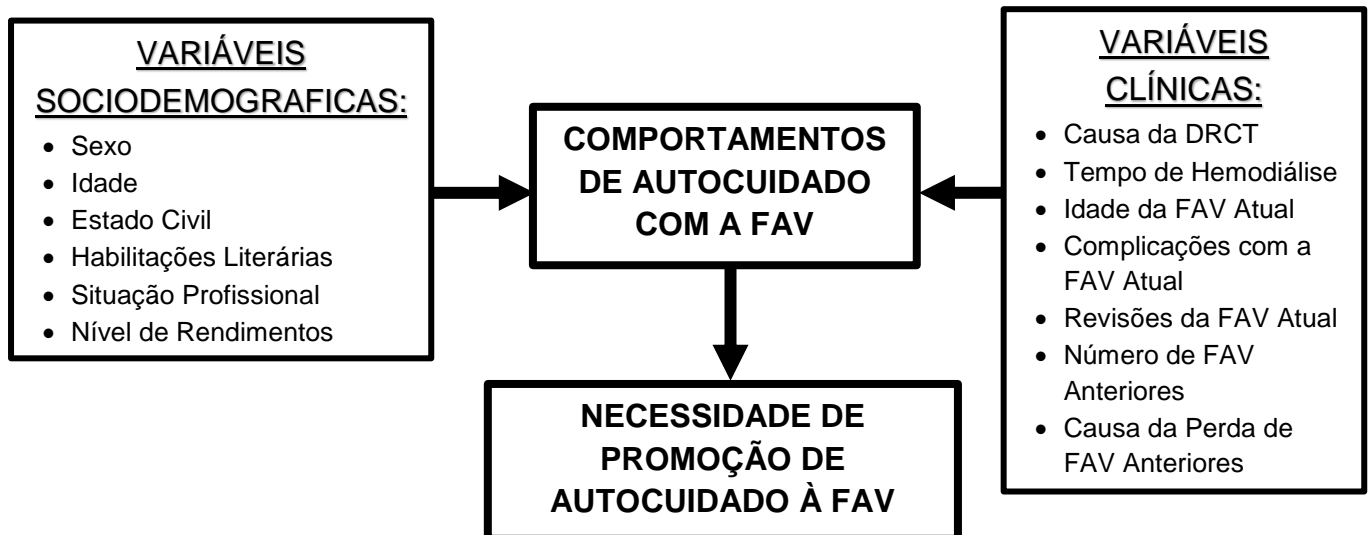
## **1.5 Variáveis do Estudo**

As variáveis de um estudo de investigação são as qualidades, propriedades ou características dos objetos, das pessoas ou situações a analisar. As variáveis podem ser classificadas de diferentes modos, tendo em conta a sua utilização na investigação (Fortin, 2003).

Neste estudo, optamos por definir as variáveis explicativas ou independentes e as variáveis explicadas ou dependentes de modo a compreender a relação causa efeito de uma variável em relação à outra. Enquanto a variável independente é a propriedade do estudo manipulada pelo investigador, a variável dependente é a que sofre o efeito causado pela manipulação da variável anterior (Fortin, 2003).

Neste caso, a variável explicada é considerada o autocuidado à FAV, uma vez que se trata do comportamento que pretendemos medir (Hout, 2002). Já as variáveis explicativas são as características sociodemográficas e clínicas, visto

que ao serem alteradas, poderão variar o nível autocuidado com a FAV (Hout 2002). As variáveis encontram-se definidas no esquema seguinte:



**Figura 1** – Variáveis do Estudo

## 1.6 Instrumento de Colheita de Dados

A ciência humana assenta em três ações primordiais: contar, medir e comparar. Qualquer uma destas ações pressupõe a colheita de dados elementares, relativos a entidades com características variáveis que, ao serem tratados, analisados e interpretados conduzem à produção de informação. Essa informação pretende responder a perguntas que são o ponto de partida de um projeto de investigação (Fonseca, et al, 2007).

De acordo com Hill & Hill (2000) os dados são informação na forma de observações ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis normalmente fornecidos por um conjunto de identidades.

De entre as várias formas de colheita de dados, o questionário, em forma de inquérito ou avaliação é, sem dúvida, o instrumento que melhor se conhece em ciências humanas, com o qual se está mais familiarizado. O conteúdo do

questionário depende das hipóteses do investigador e o seu interesse reside na pertinência da informação recolhida (Hout, 2002).

Para alcançar os objetivos inicialmente delineados desenvolvemos um questionário composto por 4 grupos: Grupo I – que corresponde ao levantamento das características sociodemográficas (6 questões); Grupo II – que corresponde às características clínicas relacionadas com o AV, mais precisamente com a FAV (5 questões); Grupo III – relacionado com o veículo de transmissão de informação face aos comportamentos de autocuidado com a FAV (uma questão); e por fim o Grupo IV – que corresponde à escala de avaliação de comportamentos de autocuidado com fístula arteriovenosa em hemodiálise (ECAHD-FAV) (16 questões).

A ECAHD-FAV foi elaborada e validada por Sousa, et al (2015) e permite avaliar o autocuidado do doente para com a sua FAV. Trata-se de uma escala com 16 itens, composta por duas subescalas: 1 - gestão de sinais e sintomas (6 itens); 2 - e prevenção de complicações (10 itens). Na subescala de gestão de sinais e sintomas estão definidos os comportamentos que permitem ao doente identificar sinais e sintomas relacionados com possíveis alterações com a FAV (por exemplo: Observo sinais de vermelhidão e inchaço nos locais das picadas). Já a subescala prevenção de complicações engloba os comportamentos desenvolvidos pela pessoa que lhe permitem prevenir possíveis complicações com a FAV (por exemplo: protejo o braço da fístula de arranhões, cortes e feridas.)

As respostas são efetuadas segundo uma escala de *Liker*, (nunca desenvolvo este comportamento de autocuidado, raramente desenvolvo, às vezes desenvolvo, muitas vezes desenvolvo, desenvolvo sempre) em que a pontuação poderá ir de 16 até um máximo de 80. Quanto mais elevada for a pontuação mais comportamentos de autocuidado da pessoa terá com a sua FAV. O estudo de construção e validação deste instrumento decorreu entre 2012 e 2014, com recurso a uma amostra de conveniência, sequencial e não probabilística de 218 pessoas. Foi realizado em duas fases: a primeira fase correspondente ao processo de construção (n=64) e a segunda fase correspondente à avaliação das propriedades métricas (n=154). No final verificou-se um valor total de Alfa Cronbach de 0,797.

## 1.7 Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada numa unidade de HD privada da região metropolitana de Lisboa. O primeiro contacto efetuado com o Enfermeiro Chefe da clínica surgiu em Outubro de 2015. Este encontro serviu essencialmente para realizar uma breve apresentação do estudo: finalidade e objetivos, amostra, instrumento de colheita de dados, benefícios e possíveis inconvenientes para a unidade/doentes. Após o responsável se ter demonstrado totalmente disponível para a sua aplicabilidade, foram realizados os respetivos pedidos de autorização à Direção Clínica e à Comissão de Ética (apêndice 11).

Não existindo, no momento, uma Comissão de Ética nomeada, a resposta favorável por parte da Sra. Enfermeira Especialista Clínica foi suficiente para que o estudo pudesse avançar (apêndice 12).

O processo de colheita de dados teve assim início no dia 22 de Janeiro e terminou a 26 de Fevereiro de 2016. A listagem da população foi disponibilizada pela enfermeira adjunta da unidade, que colaborou igualmente na seleção da amostra em estudo, indicando os doentes que, segundo os critérios, teriam ou não capacidade para responder ao questionário. A entrega dos questionários foi realizada por um único investigador e a cada caso foi atribuído um código aleatório, de uma série previamente preparada, de modo a garantir o anonimato e confidencialidade dos resultados. O preenchimento dos mesmos foi realizado durante a sessão de HD, ou no tempo de espera antes ou após o tratamento. As pessoas que apresentavam dificuldade na escrita pelo fato da FAV se encontrar no membro dominante tiveram a ajuda do investigador.

De um total de 136 doentes (N=136), 2 pessoas foram excluídas inicialmente por incompreensão da língua portuguesa, 15 por diagnóstico de síndrome demencial e 1 por distúrbio psiquiátrico, 1 por falecimento, 6 por não estarem presentes no turno em que foi entregue o questionário e 10 por não quererem participar no estudo. Deste modo, 101 pessoas (n=101) fizeram parte da amostra, por apresentarem capacidade cognitiva para dar resposta ao questionário e por se mostrarem interessados em participar.

## **1.8 Questões Éticas**

Todo o doente é uma pessoa diminuída de algum bem corporal ou psíquico e tal como em todas as pessoas sãs, deve ser respeitada a sua liberdade e dignidade enquanto ser humano. Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Nunes, 2005) alguns aspetos éticos relacionados com a investigação têm por base o respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana (art.78º). Estes implicam uma procura do bem individual, já que em situação de estudo, o interesse da pessoa deve prevalecer sob o interesse da ciência e da sociedade (Nunes, 2005).

Uma das formas de garantir o respeito pela liberdade do outro numa situação de investigação, é garantir que cumprimos o dever legal referente à obtenção do consentimento livre, esclarecido e expresso por escrito, possibilitando a pessoa de abandonar o estudo em qualquer momento (Nunes, 2005).

No presente estudo de investigação a declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (apêndice 13) foi partilhada e assinada pelos participantes, tendo sido, previamente, informados das razões, da finalidade e dos objetivos do estudo. Os aspetos éticos relativos ao sigilo foram salvaguardados, sendo garantido o seu anonimato. Todos os doentes foram informados que a sua participação era voluntária, não existindo potenciais riscos ou benefícios (imediatos) e que caso decidissem não participar, não estariam sujeitos a quaisquer penalizações. A participação no estudo não envolveu qualquer forma de incentivo ou recompensa.

## **1.9 Tratamento de Dados Estatísticos**

Os resultados obtidos neste estudo foram analisados com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 21), utilizando um nível de significância de 5%.

A estatística descritiva possibilitou a caracterização sociodemográfica da amostra ao fornecer as tabelas de frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão).



Recorreu-se ainda ao modelo de regressão linear de forma a determinar quais as questões que afetam significativamente a frequência do autocuidado, ajustando-o para a escala global e para cada subescala. Este modelo permitiu concluir quais as questões que efetivamente influenciam a frequência do autocuidado na escala global, em cada subescala e em que sentido.

## 2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste subcapítulo, damos conta dos resultados obtidos com o estudo de investigação, realizando posteriormente uma análise e discussão. Para facilitar a leitura e análise, apresentamos os dados em tabelas e algumas considerações que julgamos necessárias.

### 2.1 Apresentação de Resultados

Participaram no estudo 101 pessoas, sendo 67 do sexo masculino e 34 do feminino. A idade varia entre os 22 e os 88 anos, com média de 60.9 com um desvio padrão de 13.4.

Predominam os doentes casados (45.5%) e as pessoas com o 1º ciclo de escolaridade (34.7%). Em relação à situação profissional a maioria dos doentes são reformados (58.4%) e o nível de rendimentos mais evidente está entre os 250 € e 530 € (34.7%).

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

	Total	%
<b>n</b>	101	100
<b>Género (%)</b>		
Masculino	67	66.3
Feminino	37	33.7
<b>Idade</b>	60.9±13.4	
<b>Estado Civil</b>		
Casado	46	45.5
União de Fato	6	5.9
Divorciado	9	8.9
Solteiro	27	26.7
Viúvo	13	12.9

<b>Escolaridade</b>		
Nenhum	5	5
1º Ciclo	35	34.7
2º Ciclo	4	4
3º Ciclo	16	15.8
Secundário	20	19.8
Superior	21	20.8
<b>Situação Profissional</b>		
Trabalhador por conta própria	12	11.9
Trabalhador por conta de outrem	16	15.8
Desempregado	13	12.9
Reformado	59	58.4
Estudante	1	1
<b>Nível de Rendimento</b>		
Sem rendimentos próprios	3	3
Com rendimentos até 250 €	5	5
Com rendimentos entre 250 € e 530 €	35	34.7
Com rendimentos entre 530 € e 750 €	13	12.9
Com rendimentos entre 750 € e 1000 €	22	21.8
Com rendimentos entre 1000 € e 1500 €	12	11.9
Com rendimentos superiores a 1500 €	11	10.9

Relativamente aos dados clínicos do doente verificou-se que a causa mais frequente da DRCT é a outra causa (35.6% dos doentes), seguindo-se a hipertensão arterial (26.7%). Predomina o tempo de mais de 5 anos (52.5%) de início de HD. Já o tempo de construção da FAV atual (em meses) apresenta distribuição assimétrica positiva o que significa que predominam os tempos baixos (média é de 71.3 meses).

A maioria dos doentes não teve complicações com a FAV (61 doentes ou 60.4%). Dos 40 doentes que tiveram destaca-se a trombose (com 50% destes doentes) como principal complicação. A FAV atual já foi revista em cerca de metade dos doentes (48 doentes ou 47.5%). Destes, 6 doentes referem-se a consultas com ecodoppler, 33 doentes referem-se a intervenções cirúrgicas e 16 doentes referem-se a intervenções angiográficas, existindo alguns doentes com estas duas últimas em simultâneo.

Uma boa parte dos doentes (39 doentes ou 38.6%) já teve alguma FAV anteriormente e a grande maioria dos mesmos teve apenas uma fístula (29 doentes ou 74.4%).

**Tabela 2 – Caracterização clínica da amostra**

	Total	%
<b>Causa da DRCT</b>		
Diabetes	7	6.9
Hipertensão arterial	27	26.7
Glomerulonefrite	12	11.9
Rins poliquísticos	13	12.9
Doença autoimune	3	3.0
Causa infecciosa	3	3.0
Outra	36	35.6
<b>Tempo em HD</b>		
Menos de 1 ano	10	9.9
Entre 1 e 5 anos	38	37.6
Mais de 5 anos	53	52.5
<b>Tempo de FAV atual (meses)</b>	71.3±78.3	---
<b>Complicações com FAV atual</b>	61 (doentes)	60.4
Trombose	20	50.0
Infeção	1	2.5
Síndrome de roubo	2	5.0
Hemorragia	0	0.0
Aneurismas	4	10
Outra	13	32.5
<b>Revisão da FAV atual</b>	48	
Ecodoppler	6	
Intervenção Cirúrgica	33	
Intervenção Angiográfica	16	
<b>N de FAV anteriores</b>	39	38.6
1	29	74.4
2	8	20.5
3	1	2.6
4	1	2.6

Para a maioria dos doentes, o transmissor da informação é o médico nefrologista (50.5% dos doentes), seguindo-se o enfermeiro (28.7%).

**Tabela 3 – Fonte transmissora de informação de comportamentos de autocuidado**

Transmissor	n	%
Ninguém	16	15.8
Médico residente	4	4.0
Médico nefrologista	51	50.5
Enfermeiro	29	28.7
Outros doentes	1	1.0

A tabela seguinte mostra a frequência das respostas dos doentes à escala dos comportamentos de autocuidado com a FAV:

**Tabela 4 – Frequências da ECAHD-FAV**

Comportamentos	Frequência (%)				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1 – Aviso o enfermeiro quando tenho câibras durante a hemodiálise.	3.0	7.9	10.9	3.0	75.2
2 – Faço compressão do local das picadas com os dedos (hemóstase).	5.9	0.0	5.9	3.0	85.1
3 – Aviso o enfermeiro quando tenho dor de cabeça e no peito durante a hemodiálise.	5.9	5.0	9.9	4.0	75.2
4 – Coloco pomada nos locais dos hematomas.	27.7	6.9	13.9	3.0	48.5
5 – Sinto o frémito no local da fístula duas vezes por dia.	26.7	9.9	14.9	5.9	42.6
6 – Faço compressão do local das picadas da fístula com os dedos em casa se sangrar.	22.8	5.9	4.0	0.0	67.3
7 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fístula arrefece.	30.7	7.9	13.9	6.9	40.6
8 – Observo sinais de vermelhidão e inchaço nos locais das picadas.	28.7	5.9	13.9	10.9	40.6
9 – Protejo o braço da fístula de arranhões, cortes e feridas.	7.9	2.0	4.0	6.9	79.2
10 – Verifico todos os dias se a cor da mão do braço da fístula se altera.	44.6	9.9	10.9	7.9	26.7
11 – Protejo o braço da fístula de pancadas e choques.	5.9	4.0	4.0	6.9	79.2
12 – Permito colheitas de sangue no braço da fístula.*	95.0	1.0	1.0	1.0	2.0
13 – Aviso o enfermeiro se me começar a doer a mão do braço da fístula.	7.9	4.0	5.0	2.0	81.2
14 – Evito entrar em locais com diferentes temperaturas.	70.3	5.0	6.9	7.9	9.9
15 – Vou imediatamente ao hospital/clínica caso o local da fístula não tenha frémito.	16.8	5.0	6.9	0.0	71.3
16 – Aviso o enfermeiro se me aparecerem feridas na mão do braço da fístula.	14.9	0.0	4.0	0.0	81.2

A partir da análise dos resultados presentes na tabela anterior é possível constatar que em média a amostra refere apresentar 70,6% dos comportamentos de autocuidado com a FAV, sendo que o valor máximo atingido é de 96.9% (3 pessoas) e o valor mínimo de 28.1% (10 pessoas)..

**Tabela 5 – Análise escala global**

<b>Escala Global</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Média</b>	101	70,6
<b>Valor Máximo</b>	3	96,9
<b>Valor Mínimo</b>	10	28,1

No que respeita aos comportamentos correspondentes à subescala de gestão de sinais e sintomas estes são desenvolvidos pela amostra com uma frequência média de 81,4%. Contudo, apenas 24 pessoas referem que realizam todos os 6 comportamentos, e 4 pessoas apresentam o valor mínimo calculado.

**Tabela 6 – Análise subescala 1 - Gestão de Sinais e Sintomas**

<b>Subescala 1 - Gestão de Sinais e Sintomas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Média</b>	101	81,4
<b>100%</b>	24	31,2
<b>Valor Mínimo</b>	4	16,7

Já a subescala de prevenção de complicações o valor médio atingido pela amostra é de 64,2%, sendo que apenas uma pessoa refere realizar todos os comportamentos de autocuidado com a FAV que fazem parte deste grupo e 50 pessoas apresentam o valor mínimo atingido.

**Tabela 7 – Análise subescala 2 – Prevenção de Complicações**

<b>Subescala 2- Prevenção de Complicações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Média</b>	101	64,2
<b>100%</b>	1	1,5
<b>Valor Mínimo</b>	50	75

Para determinar quais as questões que afetam significativamente a frequência do autocuidado ajustou-se para a escala global e para cada subescala um modelo de regressão linear. Este modelo permitiu identificar quais das questões efetivamente influenciam a frequência do autocuidado na escala global, em cada subescala e em que sentido. Ou seja, a variável explicada (resposta) é o score da escala ou de cada subescala e as variáveis explicativas do modelo (regressores) são portanto as questões dos grupos I a III do questionário. Na escala global e em ambas as subescalas, procedeu-se à eliminação do modelo das variáveis explicativas cujo parâmetro estimado não era estatisticamente significativo (nível de significância de 5%) e fez-se também uma seleção *stepwise* das variáveis explicativas.

As estimativas dos parâmetros permitem concluir que para a escala global:

- A frequência do autocuidado das mulheres é maior. Com efeito, o *score* médio na escala das mulheres é superior em 8.2 pontos percentuais ao dos homens, mantendo as restantes variáveis constantes.
- A frequência do autocuidado dos doentes com hipertensão arterial é maior. Com efeito, o *score* médio na escala dos primeiros é superior em 11.3 pontos, mantendo as restantes variáveis constantes.
- A frequência do autocuidado é menor para os doentes que receberam do médico residente a informação relacionada com os cuidados a ter com a FAV relativamente aos doentes que receberam essa informação de qualquer outra fonte (que não se distinguem entre si). Com efeito, o *score* médio na escala dos é inferior em 28.3 pontos percentuais, mantendo as restantes variáveis constantes.

**Tabela 8 – Resultados da estimação do modelo na escala global**

Variáveis	Parâmetro estimado	
	Estimativa	valor-p
Sexo feminino	8.225	0.001
Hipertensão arterial	11.308	0.006
Glomerulonefrite	9.920	0.040
Outra doença	8.533	0.030
Médico residente	-28.314	0.000

Para a subescala gestão de sinais e sintomas as estimativas dos parâmetros permitem concluir que:

- A frequência do autocuidado aumenta com o tempo de construção da FAV atual. Com efeito, o *score* médio nesta subescala aumenta 0.039 pontos percentuais por cada mês que passa após a construção da FAV atual, mantendo as restantes variáveis constantes (uma vez que o valor-p do parâmetro estimado é apenas ligeiramente superior a 5%, optou-se por considerá-lo significativo e manter esta variável no modelo).
- A frequência do autocuidado é menor para os doentes que já tiveram uma FAV anterior. Com efeito, o *score* médio nesta subescala desses doentes é inferior em 8 pontos percentuais ao dos que nunca tiveram, mantendo as restantes variáveis constantes.
- A frequência do autocuidado é menor para os doentes que receberam do médico residente a informação relacionada com os cuidados a ter com a FAV relativamente aos doentes que receberam essa informação de qualquer outra fonte (que não se distinguem entre si). Com efeito, o *score* médio nesta subescala dos primeiros doentes é inferior em 29.8 (ou seja, cerca de 30) pontos percentuais ao dos segundos, mantendo as restantes variáveis constantes.

**Tabela 9** – Resultados da estimação do modelo na subescala Gestão de Sinais e Sintomas.

Variáveis	Parâmetro estimado	
	Estimativa	valor-p
Tempo da FAV	0.039	0.069
FAV anterior	-7.998	0.021
Médico residente	-29.779	0.001

Por fim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que para a subescala prevenção de complicações:

- A frequência do autocuidado das mulheres é maior. Com efeito, o *score* médio nesta subescala das mulheres é superior em 9.3 pontos percentuais ao dos homens, mantendo as restantes variáveis constantes.

- A frequência do autocuidado dos doentes com hipertensão arterial é maior. Com efeito, o *score* médio na escala dos primeiros é superior em 14.9 pontos, mantendo as restantes variáveis constantes.

- A frequência do autocuidado é menor para os doentes que receberam do médico residente a informação relacionada com os cuidados a ter com a FAV relativamente aos doentes que receberam essa informação de qualquer outra fonte (que não se distinguem entre si). Com efeito, o *score* médio na escala dos é inferior em 26.3 pontos percentuais, mantendo as restantes variáveis constantes

**Tabela 10** – Resultados da estimação do modelo na subescala Gestão de Complicações

Variáveis	Parâmetro estimado	
	Estimativa	valor-p
Sexo feminino	9.274	0.006
Hipertensão arterial	14.856	0.005
Glomerulonefrite	12.033	0.056
Rins poliquísticos	13.213	0.032
Outra doença	11.397	0.026
Médico residente	-26.232	0.002

Tendo em conta os resultados apresentados é possível constatar que foram atingidos os objetivos inicialmente estabelecidos:

1- Identificar os de comportamentos de autocuidado à FAV.

Os comportamentos de autocuidado apresentados pela amostra em estudo foram identificados através da aplicação da ECAHD-FAV.

2- Identificar características sociodemográficas/clínicas da amostra que poderão influenciar de forma significativa os comportamentos de autocuidado com a FAV.

De acordo com os dados apresentados existem determinados aspetos que poderão influenciar de forma mais ou menos significativa o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado com a FAV. Verificou-se que o sexo feminino, a hipertensão, ou ainda um maior tempo de duração da FAV atual poderão ser alguns fatores que favorecem a presença de comportamentos de autocuidado com a FAV. Contudo, a informação ao ser transmitida pelo médico residente e



a existência de uma FAV anterior poderá influenciar negativamente a presença desses comportamentos.

### 3- Identificar as necessidades de autocuidado à FAV.

Com este estudo verificou-se que a média de comportamentos de autocuidado com a FAV apresentada pela amostra em estudo é satisfatória (70.6). Porém, de igual modo, identificou-se que a amostra apresenta casos de disparidade: o valor máximo atingido é de 96.9% por 3 pessoas e o valor mínimo de 28.1% por 10 pessoas. Isto significa que existe um número de pessoas que necessitam de uma promoção dos comportamentos de autocuidado com a FAV.

## 2.2 Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados e de forma a contribuir para a clarificação dos objetivos do estudo, avançamos neste subcapítulo para a discussão dos principais resultados encontrados à luz do conhecimento e evidência já existente.

Participaram no estudo 101 pessoas, sendo 67 do sexo masculino e 34 do feminino. A idade variou entre os 22 e os 88 anos, com média de 60.9. Verificou-se uma predominância dos doentes casados (45.5% dos doentes), seguindo-se os solteiros (26.7%), e o nível de rendimentos mais evidente na amostra foi entre 250 e 500€. Outra (35.6%) foi a principal causa de DRCT seguindo-se a hipertensão arterial (26.7%) e os rins poliquísticos (12.9%). Dados apresentados pela SPN (2016) demonstram que existe uma predominância de pessoas com DRCT do sexo masculino em Portugal e que a idade média da população em HD na região centro é de 69.5 anos. Neste mesmo ano a diabetes foi a principal causa de DRCT sendo que a hipertensão apenas surgiu em 4º lugar (SPN, 2016), ao contrário do presente estudo.

Na revisão sistemática da literatura realizada por Soares (2013) é possível constatar que a idade é um fator dificultador da aquisição de competências para o autocuidado e sua gestão. Visto que a média de idades das pessoas com DRCT tem vindo a aumentar este poderá ser um fator a interferir com o

desenvolvimento de comportamentos de autocuidado com a FAV. A autora refere também que viver só, e apresentar o *status* socioeconómico de pobreza, solidão e deterioração da saúde são fatores limitadores do autocuidado e sua gestão.

A maioria dos doentes realizava HD há mais de 5 anos e apresentavam uma idade média da FAV atual de 71.3 meses. Também no estudo desenvolvido por Soares et al. (2013) relacionado com os comportamentos de autocuidado com a FAV 80% da amostra apresentava a FAV há 72 meses ou mais. Neste estudo conclui-se que a maioria dos doentes tinha conhecimentos relacionados com os comportamentos de autocuidado com a FAV. Contudo estes necessitavam de informações permanentes para que cuidassem da sua FAV de forma adequada.

A maioria da amostra não teve complicações com a fístula (61 doentes ou 60.4%). Contudo, dos 40 que tiveram complicações, destaca-se a trombose (com 50% destes doentes), seguindo-se a outra (32.5%), os aneurismas (10%), o síndrome de roubo (5%) e a infeção (2.5%), não existindo casos de hemorragias. Verificou-se ainda que uma boa parte dos doentes (39) já teve alguma FAV anterior. A grande maioria dos mesmos teve apenas uma fístula (29 doentes). Segundo a literatura as estenoses, a infeções e a hemorragias as complicações mais frequentes do AV que conduzem à perda irreversível do mesmo em 29% das situações (Freitas et al, 2011).

Em relação ao veículo de transmissão de informação relacionada com os comportamentos de autocuidado com a FAV a maioria dos doentes refere o médico nefrologista (50.5% dos doentes) como fonte principal, seguindo-se o enfermeiro (28.7%). O trabalho desenvolvido por Van Der Veer et al (2015) faz referência à importância do médico nefrologista envolver o doente no processo de tomada de decisão relacionado com a FAV. Este estudo demonstra que enquanto o médico prioriza os aspetos técnicos da construção, maturação e permeabilidade deste AV, os doentes valorizam as decisões relacionadas com a gestão dos efeitos adversos da FAV e com o seu próprio envolvimento nos cuidados à mesma. Os resultados do nosso trabalho demonstram que os médicos nefrologistas parecem valorizar a inclusão do doente nos cuidados à FAV, visto ser este o profissional que surge na maioria das respostas. Contudo, são os enfermeiros que continuam a ser os profissionais de saúde que, em

virtude da natureza dos seus cuidados, contactam diretamente com a FAV e manipulam o AV da pessoa com DRCT em tratamento hemodialítico (Sousa, 2012). Os resultados do nosso estudo demonstram que a amostra percebe este profissional como fonte de informação menos representativa.

Em média, os comportamentos de autocuidado com a FAV apresentados pela amostra são de 70,6%, sendo que o valor máximo atingido é de 96.9% (3 pessoas) e o valor mínimo de 28.1% (10 pessoas). No estudo validação da ECAHD-FAV realizado por Sousa (2015) a média de comportamentos de autocuidado com a FAV foi de 80%, tendo-se também verificado a existência considerável de doentes com uma percentagem mínima de autocuidado. Nos trabalhos realizados por Soares et al. (2013) e Furtado et al (2006) é possível constatar de igual forma que a maioria dos doentes pelo menos é conhecedora de grande parte dos comportamentos de autocuidado com FAV. Contudo, em todos os casos verificou-se uma necessidade de promover determinados comportamentos de autocuidado com a FAV dada a existência de doentes com um número reduzido destes.

No que respeita aos comportamentos correspondentes à subescala de gestão e sinais e sintomas estes são desenvolvidos pela amostra com uma frequência média de 81,4%. Contudo, apenas 24 pessoas referem que realizam todos os 6 comportamentos, e 4 pessoas apresentam o valor mínimo calculado. Já a subescala de prevenção de complicações o valor médio atingido pela amostra é de 64.2%, sendo que apenas uma pessoa refere realizar todos os comportamentos de autocuidado com a FAV que fazem parte deste grupo e 50 pessoas apresentam o valor mínimo atingido. Desta forma, constatou-se que estas pessoas desenvolvem mais comportamentos que lhes permitem identificar os sinais e sintomas relacionados com alterações da FAV do que os comportamentos que colimam a prevenção de complicações.

A frequência do autocuidado na escala global é superior no sexo feminino. Estas apresentam 8.2% mais de comportamentos de autocuidado, o que vai ao encontro do que é referido por Collière (1999, p. 40): “Durante milhares e milhares de anos a prática de cuidados correntes, isto é todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias liga-se fundamentalmente às atividades da mulher.” Já o trabalho desenvolvido por Soares (2013) refere que o Género masculino é facilitador da gestão do autocuidado devido ao papel que a mulher

desempenha na família (prestadora de cuidados sem disponibilidade de se auto cuidar).

Os comportamentos de autocuidado dos doentes com hipertensão arterial são também superiores (11.3%) em relação às pessoas com outra patologia de base. Ao contrário de Lopes, Carreira, Marcon, Souza, & Waidman, (2008) que referem que as pessoas com hipertensão nem sempre realizam as práticas de autocuidado o que dificulta o controlo da doença.

No caso dos doentes que receberam do médico residente a informação relacionada com os cuidados a ter com a FAV apresentam uma frequência do autocuidado na escala menor relativamente aos doentes que receberam essa informação de qualquer outra fonte (que não se distinguem entre si). Pagels, Wång, & Wengström (2008) fazem referência ao fato de que as informações relacionadas com o AV transmitidas pelos enfermeiros tendem a melhorar o autocuidado do doente para com o AV. Mesmo existindo diferentes métodos de ensino (centrados no formador, interativos, individualizados) (Redman, 2002), é importante que as informações sejam fornecidas de uma forma estruturada e sistemática para facilitar a aquisição conhecimentos (Sousa, 2015).

Apesar da pertinência e atualidade do tema, verificamos que pouco se tem investigado pelo que foi difícil encontrar uma linha orientadora que permitisse chegar a outras comparações.

### **2.3 Implicações para a Prática Clínica**

Este estudo permitiu-nos constatar que ECAHD-FAV é um instrumento válido e importante, que possibilita a identificação das necessidades das pessoas com DRCT, face ao autocuidado com a FAV. Da mesma forma, este instrumento proporciona o reconhecimento de caraterísticas facilitadoras ou dificultadoras do desenvolvimento desses comportamentos, podendo levar assim à antecipação de alguns défices.

O levantamento destas necessidades é um passo fundamental para o desenvolvimento de estratégias educativas adequadas, promotoras de autocuidado à FAV. Deste modo, para além de garantir uma melhor qualidade

dos cuidados de enfermagem, torna-se possível uma gestão mais sustentada dos recursos pela possível redução de complicações associadas.

## CONCLUSÃO

Enquanto prestadores de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC deparamo-nos frequentemente com situações problemáticas que nos levam a refletir acerca do modo como podemos prestar cuidados de excelência e qualidade àquele doente, naquele momento.

De acordo com OE (2009) os cuidados de enfermagem prestados devem ser diferenciados e de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/família e prestados por enfermeiros especialistas certificados. Neste sentido, os enfermeiros devem especializar-se na sua área de intervenção para que tal se torne possível.

Pela necessidade de encontrar respostas adequadas aos desafios do dia-a-dia profissional ingressei no curso de especialidade em EMCVN. Foi no decorrer desta caminhada que surgiu a possibilidade de construir grandes e sólidos alicerces de conhecimentos que permitirão sustentar a prática do cuidar no futuro. As experiências nos diferentes ensinamentos clínicos representaram uma etapa crucial neste percurso. Tal como indica Benner (2001)

“A palavra “experiência”, tal como é utilizada não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar as teorias e noções pré concebidas através do encontro de inúmeras situações reais que acrescentam *nuances* ou diferenças subtis à teoria. A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.”

Este foi um período repleto de oportunidades que proporcionaram não só novas aprendizagens, mas também momentos de reflexão e partilha de conhecimentos com enfermeiros peritos e especialistas na área da nefrologia. Além disso, foram vários os momentos que contribuíram para o conhecimento do outro, enquanto pessoa com DRC, a realizar, ou não, uma técnica de substituição da função renal.

Durante os diferentes ensinamentos clínicos, foi possível constatar na prática que a DRC é uma patologia altamente intrusiva, capaz de proporcionar profundas alterações na vida da pessoa, da família e da própria sociedade. Esta é responsável pela perda progressiva das funções orgânicas, pela fadiga, pela

diminuição da capacidade de trabalho, por limitações ao nível financeiro, pela redução da função sexual, entre outros.

O conhecimento das necessidades e dificuldades experienciadas pelo outro com DRC permite ao enfermeiro EMCVN identificar as áreas potenciais da pessoa/família para que estes se possam envolver e participar nos cuidados, obtendo um maior controlo da sua doença (EDTNA/ERCA, 2007).

O enfermeiro tem o dever de ajudar o doente e a sua família a adaptar-se à doença, estimulando a capacidade de autocuidado e ajudando-os a alcançar o nível ideal de bem-estar e independência. (Sousa, 2014)

Nesta patologia, o autocuidado é especialmente importante, pois trata-se de uma doença emergente, com um número crescente de casos, elevados custos, alta mortalidade e recursos limitados, que requerem elevada aplicação financeira. (Algarra, et al, 2013)

Sendo o AV a via de sobrevivência de muitas das pessoas com DRCT torna-se fundamental promover comportamentos de autocuidado com o AV, a fim de mantê-lo nas melhores condições, visto o seu estado influenciar a eficácia do tratamento de diálise. (Sousa, 2014)

Neste trabalho, para além de ser possível identificar os comportamentos de autocuidado com a FAV que são desenvolvidos pela amostra, também se distinguiu algumas características específicas que poderão influenciar de forma positiva ou negativa esses mesmos comportamentos.

Os resultados demonstram que apesar de se verificar uma média significativa de comportamentos de autocuidado com a FAV realizados pela amostra, a verdade é que existem pessoas com necessidade de promoção desses mesmos comportamentos.

O posicionamento do enfermeiro face à pessoa com DRCT em programa de HD permiti-lhe não só observar e identificar precocemente as complicações ou problemas com a FAV, como também ajudar essa mesma pessoa a desenvolver estratégias facilitadoras dos comportamentos de autocuidado com a FAV. Para a prática dos cuidados de enfermagem consideramos que a ECAHD-FAV é um instrumento facilitador na identificação de comportamentos de autocuidado com a FAV, que poderá ser utilizado com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e adequar as estratégias educativas às necessidades

de cada amostra. Desta forma, além de garantirmos o bom funcionamento da FAV também possibilitamos uma gestão eficaz dos recursos.

Sousa (2009) refere que na sua relação com a pessoa, o enfermeiro necessita demonstrar competências técnico-científicas, psicossociais e ético-deontológicas para que consiga obter os melhores resultados, que se traduzem pela longevidade da FAV e na melhoria da qualidade de vida da pessoa com DRC. Este relatório expressa todo o percurso efetuado para a aquisição de competências que permitirão não só cuidar da pessoa com DRC tendo em vista uma melhoria continua da qualidade dos cuidados, mas também proporcionar uma maior longevidade do AV, mais especificamente da FAV.

Apesar de todas as dificuldades sentidas (ausência de experiência em algumas das áreas do cuidado à pessoa com DRC, escassez de estudos realizados na área do autocuidado à FAV, obtenção de parecer favorável à realização do estudo e a limitação do tempo), reconheço, neste momento, que sou capaz de transpor muitos dos conhecimentos adquiridos para a minha prática do cuidar: identificando o sistema de enfermagem ao qual o doente se inclui; incentivando ao autocuidado da FAV e demonstrando a sua importância; esclarecendo dúvidas relacionadas com a patologia, sintomatologia, alimentação, TSFR e outras; estabelecendo prioridades e encaminhando a pessoa com DRCT tendo em conta as necessidades avaliadas, etc. No meu ponto de vista, tornei-me num elemento de referência para equipa à qual pertença.

De um modo geral, considero que consegui alcançar os objetivos inicialmente estabelecidos, adquirindo as competências necessárias de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Nefrológica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adib-Hajbagheri, M., Molavizadeh, N., Alavi, N., & Abadi, M. (2014). Factors associated with complications of vascular access site in hemodialysis patients in Isfahan Aliasghar hospital. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(2), 208–14. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4020033&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Adib-Hajbagheri, M., Molavizadeh, N., & Alavi, N. (2012). Quality of care of vascular access in hemodialysis patients in a hemodialysis center in Iran. *Journal of Vascular Nursing: Official Publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 30(1), 24–8. doi:10.1016/j.jvn.2011.10.002
- Akin, S., Mendi, B., Ozturk, B., Cinper, C., & Durna, Z. (2013). Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients, 856–864. doi:10.1111/jocn.12248
- Alfredo, A., Ques, M., & Marcos, B. (2013). Effectiveness of different types of care for the peritoneal dialysis catheter exit site: a systematic review Executive summary, 11(9), 133–179. doi:10.11124/jbisrir-2013-1088
- Algarra, A., Vásquez, C., & Jerena, J. (2013). Estudio documental (2006-2013) sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica. *SciELO Espana*, 16(3), 185–192. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v16n3/revision.pdf>
- Anes, E., & Castro, F. (2010). Percepção da qualidade de vida na insuficiência renal crónica. XVII Congresso internacional INFAD. Zamora. 1–16. Retrieved from <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5040>
- Astor B., Eustace J., Powe N., Klag M., Fink N., Coresh J. (2005). Type of vascular access and survival among incident hemodialysis patients: the CHOICE Study. *J Am Soc Nephrol* 16 (5), 1449-1451.
- Barros, T (2005). Doença Renal Cónica: Do Doente e da Dimensão Familiar. In

- I. Guntert & M. Chinalli (Coords). *Doença e Família*. (pp.357-364). São Paulo: Valquíria Kloss
- Bastos, M. & Kirsztajn, G. (2011). Doença renal crónica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol* n.33(1):93-108
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Carmo, H. Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação Guia para Auto Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cardoso, S. (2004). *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde. Comissão Sectorial para a Saúde*. Instituto Português da Qualidade.
- Carta de Ottawa (1986). Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa.
- Castro, R. Sequeira, M. Faria, M. Belmira, A. Sampaio, S. & Roquete, P. (2004). Biópsia Renal Percutânea Experiência de oito Anos. *Acta Médica Portuguesa*. 17: 20-26.
- Coelho, A. (2014) Análise de uma política pública de saúde: Gestão Integrada da Doença. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação para a obtenção do grau de doutor em saúde internacional especialidade de políticas de saúde e desenvolvimento.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (M. Abecasis Trad.) (3ª ed.). LIDEL. Lisboa
- Daugirdas, J. Blake, P. & Ing, T. (2001). *Manual de Diálise*. (2ª ed). MEDSI
- Despacho nº 6537/2007. Normas para a seleção do par dador-recetor em homotransplantação com rim de cadáver. Diário da República 2ªSérie, Nº 66. p- 8736-37

Direção Geral da Saúde (2012). *Norma da Direção Geral da Saúde: Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Lisboa: Ministério da Saúde.

EDTNA/ERCA. (2007). *Competency Framework*.

Escoval, a N. a. (2010). Gestão integrada da doença : uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 9: 105–116.

Ferreira, A., Nunes, A., Miguéns, C., Teixeira, I., & Bernardes, M., (2006). Responsabilidades do Enfermeiro como Agente de Mudança. *Sinais Vitais*. Nº 68. p. 19 a 22.

Fonseca, C., Canhota, C., Silva, E., Simões, J., Yaphe, J.,..., Ramos, V. (2007). Investigação Passo a Passo - Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica, 160. Retrieved from <http://www.apmgf.pt/ficheiros/Investigação Passo a Passo.pdf>

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação*. (N. Salgueiro Trad.) (3ª ed.) Loures: Lusociência. (Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation, 1996)

Freitas, C. et al (2011). Consulta de acessos vasculares para hemodiálise: experiência de um centro. *Angiologia E Cirurgia Vascular*, 2011. nº7(1), 35–42.

Fresenius Medical Care (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Lisboa: FMC.

Furtado, A. & Lima, F. (2006). Autocuidado dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fístula artério-venosa. *Rev Gaúcha Enferm*, 27 (4):532-38

Garcia, S., Lopes, L., Schott, K., Beck, S., & Pomblum, V. (2004). Ciclosporina A e tacrolimus: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 40(6), 393–401. doi:10.1590/S1676-24442004000600007

- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª Edição Artmed editora porto alegre, 2000
- Griva, K., Lai, A., Lim, H., Yu, Z., Foo, M., & Newman, S. (2014). Non-adherence in patients on peritoneal dialysis: a systematic review. *PloS One*, 9(2), e89001. doi:10.1371/journal.pone.0089001
- Henderson, V. (2004). *Princípios Básicos dos Cuidados em Enfermagem do CIE*. Lusodidacta.
- Kèrouac, S. et al (1996). *El pensamiento enfermo*. Masson. (pp.1-19).
- Hernández, Parra, Julián, et al (2005). Guía de acceso vascular en hemodiálisis. *Angiología Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular*. 57(2), 117–207.
- Hill, M. & Hill, A.(2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Hout, R. (2002). Métodos Quantitativos para as Ciências Humanas. (M. L. Figueiredo. Trad.) Lisboa: Instituto Piaget (Méthodes Quantitatives pour les Sciences Humaines, 1999, L'Université de Laval)
- KDOQI, (2006). Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations. Disponível em: [http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline\\_upHD\\_PD\\_VA/va\\_intro.htm](http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/va_intro.htm)
- KDIGO (2012). Kidney International Supplements. Volume 2
- Kèrouac, S. et al (1996). *El pensamiento enfermo*. Masson.
- Lopes, C., Carreira, L., Marcon, S., Souza, A. de, & Waidman, P. (2008). O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 198–211.
- Maniva, S. Freitas, C. (2010). O paciente em hemodialise: autocuidado com a Fístula arteriovenosa. *Rev. Rene*, 11(1).

- McEvoy, L., Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. 8, 412–419.
- Moist, L., Lee, T., Lok, C., Al-Jaishi, A., Campbell, V., ... Vachharajani, T. (2013). Education in Vascular Access. *Seminars in Dialysis*, 26(2), 148–153. doi:10.1111/sdi.12055
- Moura, A. (2011). A funcionalidade dos acessos vasculares em Hemodiálise. Viseu. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- National Kidney Foundation. K/DOQI (2002). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis* 39:S1-S266. Retrieved from : [https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd\\_evaluation\\_classification\\_stratification.pdf](https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf)
- Nesrallah, G., Mustafa, R., Clark, W., Bass, A., Barnieh, L., Hemmelgarn, B., ... Moist, L. (2014). Canadian Society of Nephrology 2014 clinical practice guideline for timing the initiation of chronic dialysis. *Cmaj*, 186(2), 112–117. doi:10.1503/cmaj.130363
- Nunes, L. Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Reg>

[ulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica aprovadoAG20Nov2010.pdf](#)

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências e específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade: Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> Pacheco, G. D. S., Santos, I. Dos, & Bregman, R. (2007). Clientes com doença renal crônica: avaliação de Enfermagem sobre a competência para o autocuidado. *Escola Anna Nery*, 11(1), 44–51. doi:10.1590/S1414-81452007000100006

Orem, D. (1980). *Nursing: Concepts of Practice*. 2ª edição. Chevy Chase Maryland: McGraw-Hill Book Company.

Orem, D. (1993). *Modelo De Orem Conceptos De Enfermeria En La Practica*. Barcelona: Ediciones Cientificas y Técnicas SA.

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. 5ª edição. Mosby-Year Book. Missouri.

Parisotto, M. & Pancinova, J. (2015). *Vascular Access Cannulation and Care*. EDTNA/ERCA

Pacheco, G., Santos, I. Dos, & Bregman, R. (2007). Clientes com doença renal crônica: avaliação de Enfermagem sobre a competência para o

autocuidado. *Escola Anna Nery*, 11(1), 44–51. doi:10.1590/S1414-81452007000100006

Pagels, A. a, Wång, M., & Wengström, Y. (2008). The impact of a nurse-led clinic on self-care ability, disease-specific knowledge, and home dialysis modality. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 35(3), 242–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18649584>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Formasau – Formação de Saúde , Lda. Coimbra

Pearson, A. Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing,

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Gestão Integrada de Doença – **Doença renal crónica**. Disponível em <http://gid.min-saude.pt/irc.php>

Ramos, C., Queiroz, V. O., Jorge, B., Salete, M., Oliveira, D., Lígia, M., ... Jorge, B. (2008). Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise : significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Health Sciences*, 30(1) 73-79.

Redman, B. (2002). *A prática de educação para a saúde*. Lusociência. Loures

Rente, J. Pereira, M. (2014). Qualidade de vida dos insuficientes renais crónicos em hemodiálise em Portugal. *Nephros's* 7(2), 17-27

Santos, E., Marinho, C. (2013). Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* III Série - n.º 9 p. 181-189

Santos, I. Rocha, R. Berardinelli, L. (2011). Necessidades de Orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília 64(2), 335-42

Schaepe, C., Bergjan, M. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing*

*Studies*, 52(4), 882–898. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009

Simpson, R. (2003). Back to basics with IT and patient-centered care. *Nursing Management*. 34(4):14-16

Soares, T. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 151–160. Obtido de [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000100016&lang=pt](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100016&lang=pt)

Soares, W., Santos, T., Moriya T. (2013) - Fístula arterio venosa : autocuidado em pacientes com doença renal crônica. *Medicina*, Ribeirão Preto. nº 46(4), 11–15.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2016). Relatório Gabinete de Registos da SPN - Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal. Acedido através: [http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO\\_DRC2016.pdf](http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.pdf)

Sousa, C. (2009). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas. Porto. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade Do Porto

Sousa, C. (2014). Cuidar da Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal com Fístula Arteriovenosa.

Sousa, C., Apóstolo, J., Figueiredo, M., Martins, M., & Dias, V. (2014). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1796–1802. doi:10.1111/jocn.12207

Sousa, C., Apóstolo, J., Figueiredo, M., Dias, V., Teles, P., & Martins, M. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis. *Hemodialysis International*, 19(2), 306–313. doi:10.1111/hdi.12249



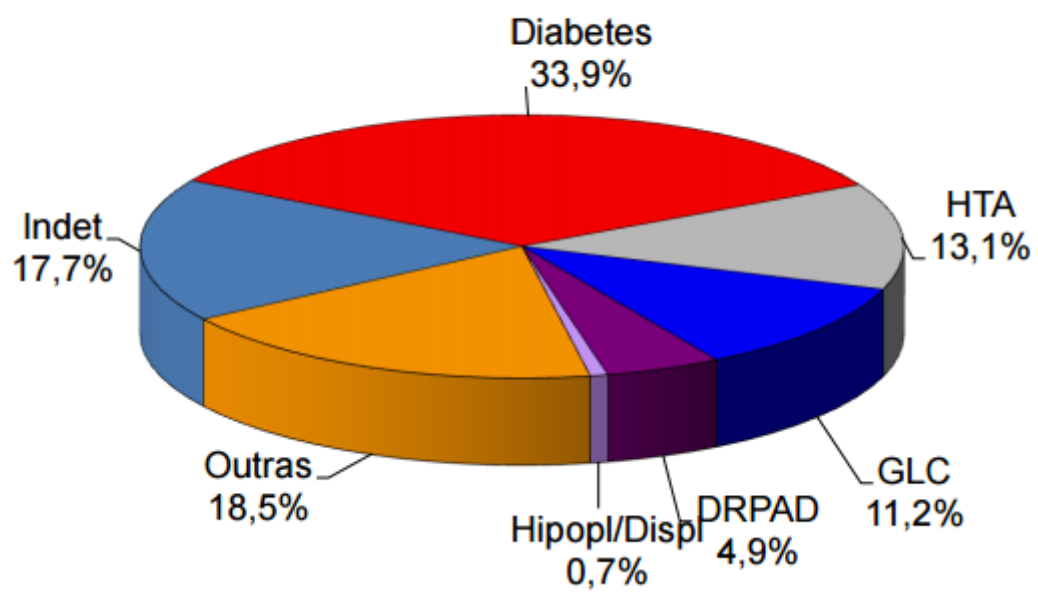
- Tattersall J. Dakker F. Heimbürger O. et al, (2011). When to start dialysis: updated guidance following publication of the Initiating Dialysis Early and Late (IDEAL) study *Nephrol. Dial. Transplant.* 26 (7): 2082-2086. doi: 10.1093/ndt/gfr168
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lusociência
- Thomé, R., Silva, G. (2009). Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenção de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(1), 33–39
- Trajano, S., Marques, I. R. (2005). Assistência de enfermagem na diálise peritoneal ambulatorial e hospitalar. *Rev Enferm UNISA*, 6(6), 53–70.
- Torreggiani, M., Scaramuzzi, M., Manini, A., Castoldi, F., Serpieri, N., Maggi, N., ... Esposito, C. (2013). Hemodialysis vascular access: Everything you always wanted to know about it (but were afraid to ask). *Journal of Nephrology*, 26(8), 836–847. doi:10.5301/jn.5000209
- Unidade de Transplantação Renal (2014). Relatório de Atividades da Unidade De Transplantação Renal do HGO. Almada
- Van Der Veer, S., Haller, M., Pittens, C., Broerse, J., Castledine, C., Gallieni, M., ... Van Biesen, W. (2015). Setting priorities for optimizing vascular access decision making - An international survey of patients and clinicians. *PLoS ONE*, 10(7), 1–13. doi:10.1371/journal.pone.0128228
- Veiga, J. (2006). *Ética em Enfermagem: análise, problematização e (re)construção*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Walton, B. (2015). Chronic Kidney Diseases : Stages and Nursing Care. *Ohio Nurse*, p.5-15
- WHO (World Health Organization) 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva
- WHO (1983). *Health Education in Self-Care: possibilities and limitations*. Geneve.

<https://www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd#ckd>

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/indicadores+frente.htm>

## **ANEXOS**

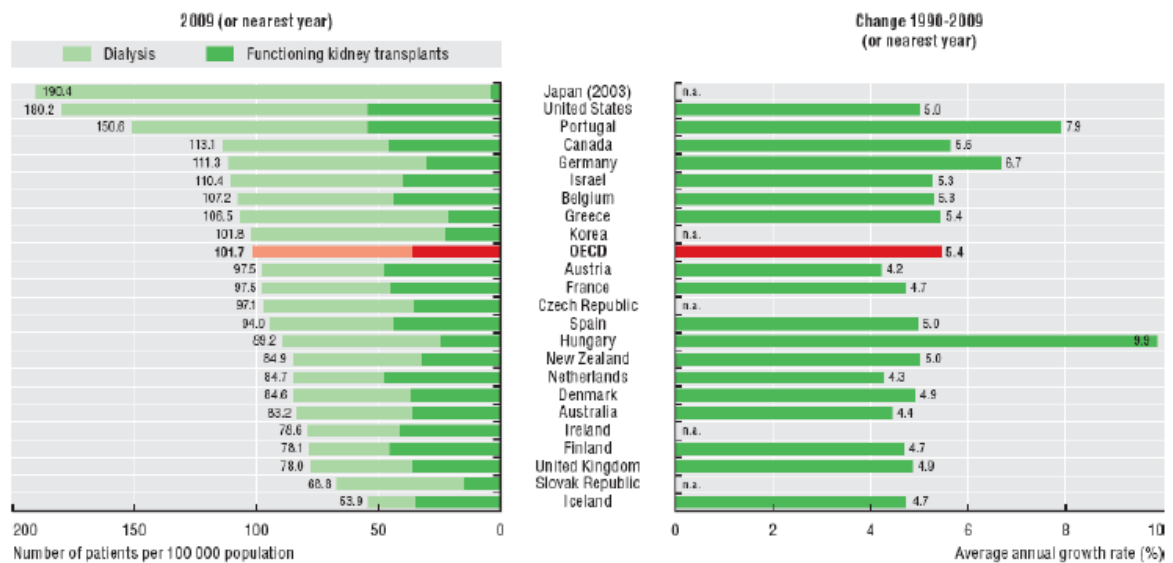
**ANEXO 1 – Etiologia da DRCT nos doentes prevalentes em 2015 (HD+DP)**



Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2016)

**ANEXO 2** – Prevalência pontual e evolução (1990-2009) de doentes em TSFR  
(OCDE, 2011)

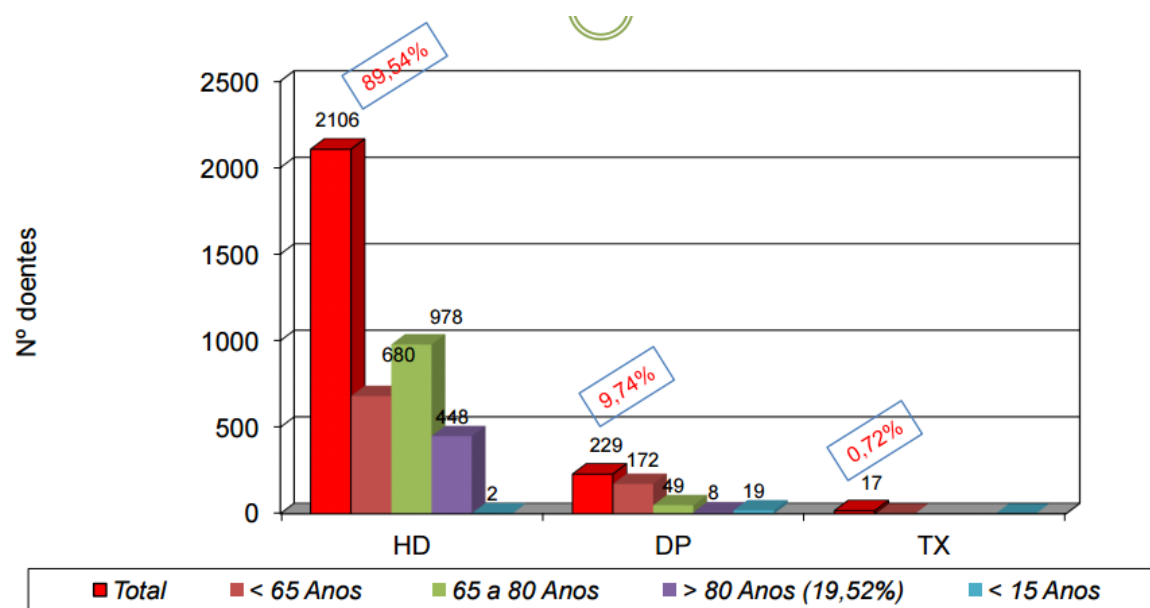
#### 4.8.1 Prevalence of patients treated for end-stage renal failure, 2009 and change between 1990 and 2009



Fonte: Direção Geral da Saúde (2012)

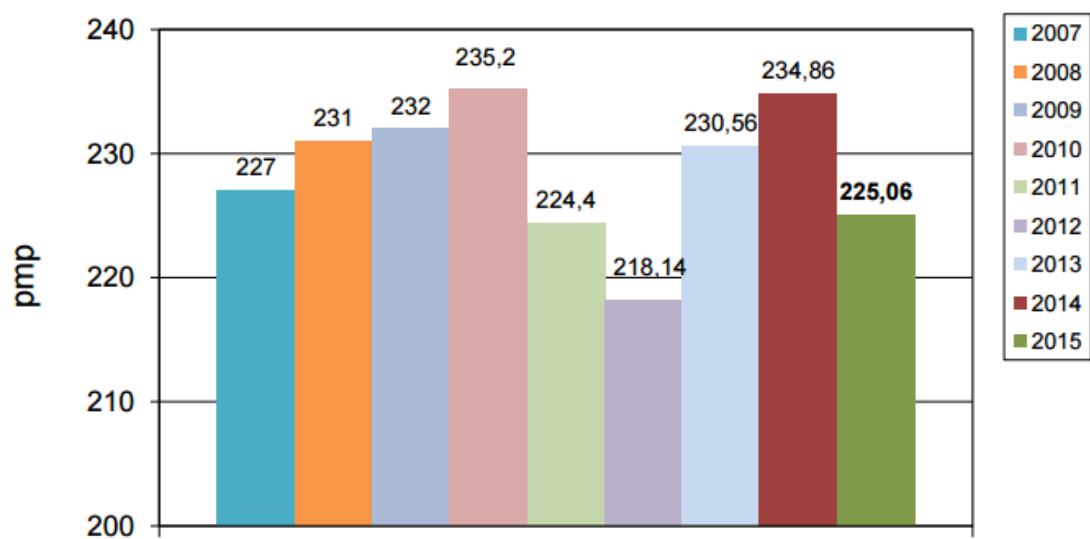
**ANEXO 3 – Doentes que iniciaram tratamento de substituição da função renal em 2015 (N=2352)**





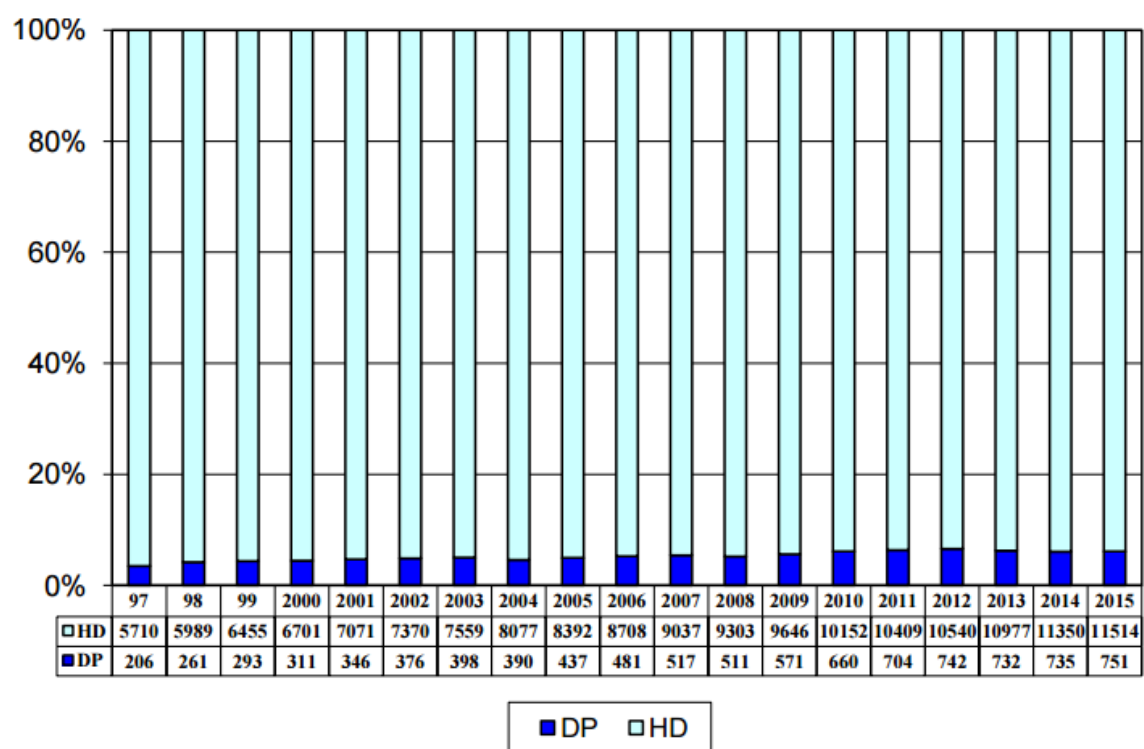
Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2016)

**ANEXO 4 – Dados globais de Hemodiálise e Diálise Peritoneal – Incidência  
2007 a 2015**



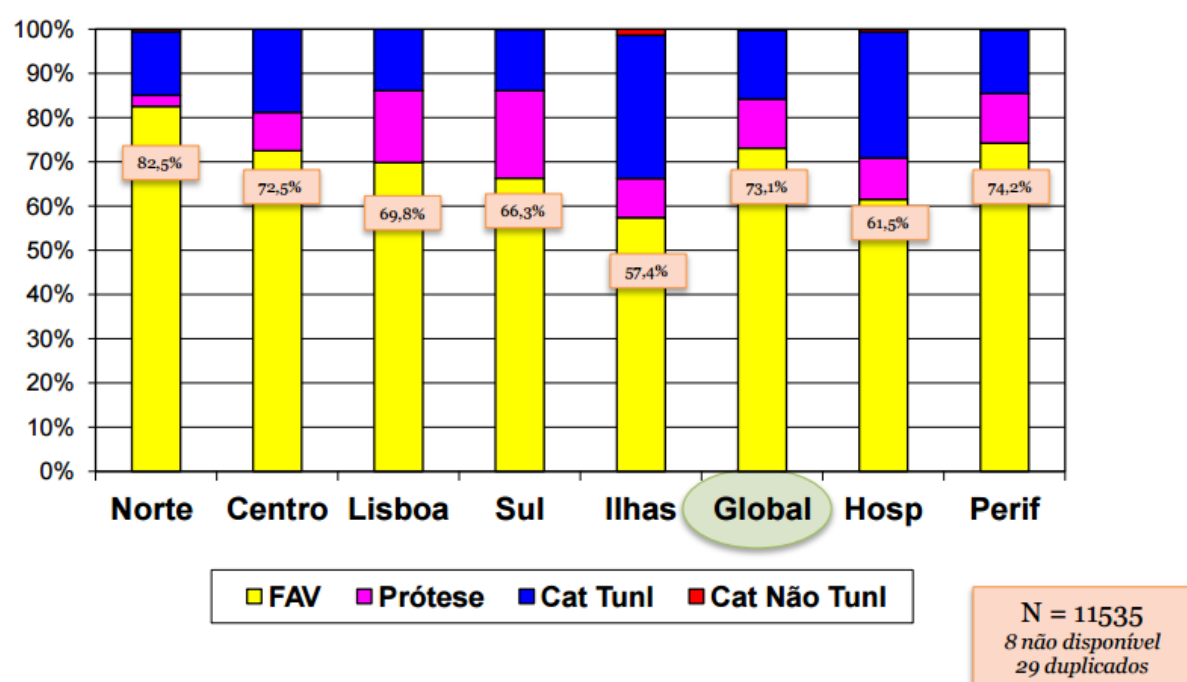
Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2016)

**ANEXO 5 – Doentes que realizam o tratamento de Hemodiálise e Diálise  
Peritoneal – 1997 a 2015**



Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2016)

**ANEXO 6** – Tipo de acessos vasculares nos doentes prevalentes, por zonas do país em 2015



Fonte: Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2016)

## **ANEXO 7 – Certificados**



**CERTIFICATE OF ATTENDANCE**  
ISSUED TO

**Patricia Marujo**

**9th Fresenius Medical Care & EDTNA/ERCA  
Middle East & Africa Renal Education Programme**  
7<sup>th</sup> – 9<sup>th</sup> November 2015 / Lisbon, Portugal

Theme: "Promoting Person - Centered Renal Care"  
This programme has been awarded **21** EDTNA/ERCA Contact Learning Hours

*John Sedgewick*

**John Sedgewick**, BSc(Hon), MSc. Nurs, MSc. Health Service Research,  
RN, RMN, Dip.N, Renal Cert, Cert.ED, RNT, FETC, PhD(c),  
Programme Faculty Chair - EDTNA/ERCA

*Maria Bautista*

**Maria Bautista**, BSN(Hons), RN, CRN  
Head – Application Training & Education  
Fresenius Medical Care Gulf

## **ANEXO 8 – Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens	
<b>1 – Em que ano estamos?</b> (correcto 0 pontos; Incorrecto 4 pontos)	
<b>2 – Em que mês estamos?</b> (correcto 0 pontos; Incorrecto 3 pontos)	
<b>3 – Peça ao doente que memorize uma morada com 5 componentes, ex: Abel, Silva, Rua da Sofia, n.º 42, Coimbra</b>	
<b>4 – Que horas são? (tolera-se margem de erro de 1 hora)</b> (correcto 0 pontos; Incorrecto 3 pontos)	
<b>5 – Conte na ordem inversa de 20 para 1</b> (correcto 0 pontos; 1 erro 2 pontos; mais do que um erro 4 pontos)	
<b>6 – Diga os meses na ordem inversa</b> (correcto 0 pontos; 1 erro 2 pontos; mais do que um erro 4 pontos)	
<b>7 – Repita a morada</b> (correcto 0 pontos; 1 erro 2 pontos; 2 erro 4 pontos; 3 erro 6 pontos; 4 erro 8 pontos; tudo errado 10 pontos)	
<b>Total</b>	

Teste de Declínio Cognitiva de 6 Itens

Fonte: Paiva e Apóstolo. Cognição e Envelhecimento: Estudo de Adaptação Transcultural e Validação do Six Item Cognitive Impairment Test (6-Cit)

## **APÊNCICES**

## **APÊNDICE 1 - Cronograma**

2015															2016									
Mês	Set	Outubro				Novembro					Dezembro					Janeiro				Fevereiro				Mar
Dias	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30		7	14	18		4	11	18	25	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30	6	13	20	27		4	11	17		3	8	15	22	29	5	12	19	26	4
	Semana de Estágio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10	11	12	FÉRIAS DO NATAL	13	14	15	16	17	18	RELATÓRIO DE ESTÁGIO		
Local de Estágio																								

**Legenda:**

HOSPITAL DE LISBOA E VALE DO TEJO – SERVIÇO DE NEFROLOGIA

CLÍNICA DE HEMODIÁLISE – SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

HOSPITAL DE LISBOA E VALE DO TEJO – HOSPITAL DE DIA DE NEFROLOGIA (DIÁLISE PERITONEAL E CONSULTA PÓS TRANSPLANTE RENAL)

## **APÊNDICE 2 – Caraterização dos Serviços**

## **Hospital de Lisboa e Vale do Tejo – Serviço de Nefrologia (28/09/2015 a 23/10/2015)**

O Hospital de Lisboa e Vale do Tejo onde realizei o meu primeiro ensino clínico é responsável pela prestação de cuidados a cerca de 350 mil habitantes e conta atualmente com 2500 funcionários. Dispõe de uma lotação de 545 camas, distribuídas por várias especialidades e serviços de referência que apoiam regularmente outros hospitais.

A par de outros serviços, o serviço de nefrologia é uma das referências do hospital. Associado fisicamente a outros dois serviços, este possui um número total de 23 camas e duas macas, nas quais 10 são destinadas especificamente para a prestação de cuidados a pessoas com alteração da eliminação renal. Contudo, a distribuição dos doentes é efetuada tendo em conta as necessidades do serviço.

Entre os 45 profissionais que aqui prestam serviços, 25 deles são enfermeiros, e mais especificamente 5 são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na vertente nefrológica. Estes profissionais dinamizam o seu trabalho com base "...na educação dos clientes e dos pares, na orientação, aconselhamento, liderança que inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem." (OE, 2010). São capazes de compreender a situação como um todo, e com base em casos concretos já experienciados vão diretamente ao centro do problema sem se perderem em opções inúteis (Benner, 2001). São enfermeiros experientes, que com um nível de conhecimento elevado tentam prestar cuidados de enfermagem com qualidade às pessoas com alteração da eliminação renal vindas de várias zonas do país.

Os doentes chegam ao serviço nefrologia após a entrada e encaminhamento do serviço de urgência do mesmo hospital, ou por orientação do médico nefrologista, que faz o acompanhamento em consulta externa. Os principais motivos que levam ao internamento das pessoas com alteração da eliminação renal são a lesão renal aguda (LRA) e o agravamento da DRC.

Neste serviço, a prestação de cuidados de enfermagem é organizada e gerida segundo o método individual de trabalho, o que faz corresponder



aproximadamente um rácio de 6 doentes para 1 enfermeiro no turno da manhã (equipa composta por 4 profissionais), 8 doentes para 1 enfermeiro no turno da tarde (equipa composta por 3 profissionais) e 12 doentes para 1 enfermeiro (equipa composta por 2 profissionais), sempre que as 23 camas estão ocupadas. Cada enfermeiro fica assim responsável pelos cuidados a um grupo de doentes, organizando o seu tempo de acordo com as rotinas do próprio serviço: horário das colheitas, da medicação da alimentação, etc.

Os registos de enfermagem são realizados via informática através do programa *SAPE*, onde são identificadas todas as necessidades do doente, o *status* dessas necessidades e as intervenções de enfermagem que contribuem para a satisfação das mesmas.

Já a gestão de material é concretizada diariamente pelo segundo elemento da equipa de enfermagem. Através do método *Kanban* o *stock* de material é controlado e é feita a reposição de acordo com as necessidades do serviço.

Como já referi anteriormente, a LRA é um dos principais motivos de internamento no serviço de nefrologia. Esta é uma das muitas condições que afetam a estrutura e função renal (KDIGO, 2012) e é caracterizada pela sua perda súbita. Durante este ensino clínico observei e prestei cuidados a pessoas com este tipo de alteração, o que para mim se tornou numa mais-valia no aprofundamento e aquisição de conhecimentos. A realização e discussão de um estudo de caso (apêndice 2) foi uma das estratégias por mim utilizadas para aprofundar a temática e compreender toda a envolvência a que um doente com LRA está sujeito e estará num futuro próximo. Estar atenta às principais alterações fisiológicas, a sua evolução, aos cuidados prestados pelo enfermeiro EEMCVN e restante equipa multidisciplinar, e todas as consequências ao nível emocional, social e familiar que a evolução desta patologia acarreta permitiu-me alcançar alguns dos objetivos inicialmente estabelecidos.

### **Clinica de Hemodiálise (26/10/2015 a 18/12/2015)**

A clínica de HD onde realizei o meu ensino clínico é considerada uma das maiores unidades de cuidados diferenciados da região de Lisboa. Em funcionamento desde o ano de 1983 esta unidade estabelece como prioridade os doentes e aposta na formação de uma equipa multidisciplinar competente,

que trabalha diariamente para proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas com DRCT.

É constituída por uma sala de espera, 4 salas de tratamento (uma delas unidade de isolamento onde se realiza o tratamento a pessoas HbsAg<sup>+</sup>) 4 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, 4 gabinetes administrativos, uma copa/café, 2 WC's para os doentes e 2 para os profissionais, 2 zonas de sujos, uma sala de reuniões, um gabinete de apoio logístico ao armazém e uma central de tratamento de águas. Cerca de 40 profissionais trabalham diariamente para responder da melhor forma às necessidades das pessoas com DRCT que realizam aqui o seu tratamento de HD.

Com um horário de funcionamento de segunda a sábado, das 7.30 às 23.30, em dias pares (2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>) ou ímpares (3<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e sábado), no turno da manhã, tarde e noite, a instituição proporciona a realização de tratamento de hemodiálise de alto fluxo e *online*. Esta unidade disponibiliza também o programa de diálise autónoma domiciliária e diálise autónoma longa noturna com horários específicos.

Apesar de apresentar uma capacidade para prestar cuidados a 408 doentes, atualmente apenas 275 doentes realizam aqui o seu tratamento. Cada turno é composto por 12 enfermeiros, de entre os quais dois são chefes de sala responsáveis pelo apoio de retaguarda à restante equipa. Cada enfermeiro é responsável por 5 a 6 doentes. O estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa, a preparação da unidade do doente, a conexão/desconexão deste à máquina, o controlo de complicações intradialíticas, a realização de registos em programas próprios criados por entidades informáticas da empresa, o acondicionamento de resíduos resultantes da sessão dialítica, são algumas das funções do enfermeiro de uma sala de HD desta clínica.

### **Hospital de dia de Nefrologia - Unidade de Diálise Peritoneal e Consulta pós Transplante (04/01/2016 a 12/02/2016)**

No hospital de dia de nefrologia estão inseridos a unidade de DP e a consulta de pós TXR. Em funcionamento desde 1993, este abrange preferencialmente a população de dois dos concelhos de Lisboa e Vale do Tejo

acolhendo, no entanto, doentes de outras áreas de residência. O horário de funcionamento é das 8h às 16h30m nos dias úteis.

Fisicamente a unidade é composta por 2 gabinetes médicos (onde decorrem as consultas médicas de DP e de pós TXR) e 1 sala de enfermagem dividida em 2 áreas: um primeiro espaço com cadeirões onde são realizados procedimentos como a monitorização de parâmetros vitais, avaliação de dados antropométricos, colheita de sangue para análises, biopsias renais, entre outros; e um segundo espaço, este mais reservado, onde são realizadas as consultas de enfermagem aos doentes em programa de DP, os ensinamentos/treinamentos, os cuidados ao orifício de saída do cateter de DP e outros procedimentos relacionados com DP.

A equipa multidisciplinar é composta por 2 administrativas, 4 médicos nefrologistas, 1 dietista, 1 assistente social e 6 enfermeiras, das quais apenas duas estão permanentemente com horário fixo. Todos estes elementos trabalham com o intuito de garantir o melhor acompanhamento da pessoa com DRCT, e sua família, quer este esteja em programa de DP, quer seja TXR.

Na unidade de DP os enfermeiros são responsáveis pela prestação de cuidados a 35 doentes. Estes realizam o acompanhamento da pessoa/família durante as consultas periódicas de vigilância (realização de análises de rotina e do teste de equilíbrio peritoneal, verificação da eficácia dialítica e da taxa de ultra filtração, observação do orifício de saída do cateter e local do túnel, por exemplo) e em situações urgentes, no despiste de complicações (como por exemplo peritonites, infeções do orifício, infeções do túnel, sobrecarga hídrica). O suporte ao nível da gestão do autocuidado, o esclarecimento de dúvidas e o encaminhamento para outros profissionais de saúde (médico, dietista e assistente social) também fazem parte das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro de DP. Alguns destes profissionais disponibilizam ainda o apoio permanente ao doente, seja via telefónica ou presencialmente (através de um acordo existente entre o próprio enfermeiro e a empresa fornecedora do material), auxiliando-o na gestão e armazenamento do material e ajudando-o em caso de dúvidas ou dificuldades que surjam após o horário de funcionamento do hospital de dia.

No caso das consultas de pós-TXR, as atividades de enfermagem desenvolvidas na unidade têm como principal finalidade garantir a manutenção

do rim transplantado nas melhores condições possíveis, de forma proporcionar uma melhor qualidade de vida para a pessoa transplantada e sua família. Para tal, cabe também à equipe de enfermagem a realização de consultas periódicas tendo em conta quer o tempo de TXR (de modo a prevenir e identificar precocemente possíveis complicações), quer a existência efetiva de complicações ou outras alterações do estado de saúde do transplantado que, mesmo não estando diretamente relacionadas com o TXR, poderão colocar em causa o seu bom funcionamento.

### **APÊNDICE 3 - Estudo de Caso**

## INTRODUÇÃO

De acordo com Amendoeira (2003) “a enfermagem apresenta claramente as suas bases conceituais bem como os instrumentos próprios para o seu desenvolvimento e reconhecimento académico.”

Um guião de colheita de dados é o primeiro momento de apreciação do processo de enfermagem, onde se sistematiza a informação objetiva e subjetiva sobre o nível de funcionamento de pessoa. Conhecer o outro torna-se uma etapa de extrema importância, que se enquadra na observação inicial, que consiste em um dos instrumentos básicos de enfermagem (Amendoeira, 2003).

O interesse em conhecer o outro sustenta-se na necessidade de averiguar como as alterações do seu estado de saúde afetam o seu estilo de vida, como consegue satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais, como é afetada a sua capacidade de se autocuidar, em que aspetos carece de ajuda, bem como qual é a sua perceção sobre o contínuo saúde/ doença, as suas expectativas, os seus receios e as suas preocupações. Deste modo, a colheita de dados permite conhecer a sua condição atual, a sua vontade, as suas inquietações, os fatores geradores de *stress*, com a finalidade de ajudar a preservar a sua identidade, com as suas características do passado, as suas projeções de futuro e grupo de pertença.

Com a realização deste trabalho pretendi conhecer e compreender de um modo mais profundo a situação de um Sr. que desenvolveu uma perturbação ao nível da eliminação renal, mais especificamente uma lesão renal aguda de origem intra-renal. Após um internamento de 35 dias no serviço de nefrologia, este Sr. fica dependente de técnica de substituição da função renal, o que desencadeia um conjunto de alterações dos seus hábitos de vida.

O presente documento tem início com uma breve exposição sobre os dados demográficos, inclusão de antecedentes de saúde/ doença médicos, cirúrgicos, familiares e história da doença atual. O contexto familiar, económico e social é incorporado, como modo de compreender a pessoa como uma unidade, com múltiplas relações com o meio exterior. Posteriormente, analisa-se o impacto da doença no viver humano, com base nas necessidades humanas fundamentais alteradas propostas por V. Anderson.

## 1. DADOS DEMOGRÁFICOS

**Nome:** J. C.

**Nome pelo qual gosta de ser tratada:** C.

**Género:** Masculino

**Idade:** 60 anos

**Naturalidade:** Lisboa

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Local de Residência:** Almada

**Religião:** Católica

**Profissão:** Técnico de Manutenção

**Habilitações Literárias:** 9º ano

**Pessoas significativas:** Companheira com quem reside e Filho

**Contatos:** 91X XXX XXX

**Subsistema de Saúde:** Sistema Nacional de Saúde

**Grupo sanguíneo:** ORH+

**Alergias:** Penicilina

## 2. HISTÓRIA DE SAÚDE

### 2.1 Antecedentes Pessoais de Saúde

O Sr. C. é um doente de 60 anos que possui como antecedentes pessoais de saúde conhecidos hipertensão arterial, cardiomiopatia dilatada provavelmente alcoólica com função gravemente diminuída, bloqueio completo do ramo esquerdo, doença pulmonar obstrutiva crónica e hiperplasia benigna da próstata. Acompanhado na consulta de cardiologia, através da qual aguarda colocação de CDI.

Em fevereiro de 2015 foi submetido a tiroidectomia por presença nodular e em julho deste mesmo ano sofreu nova intervenção cirúrgica a abscesso perianal.

Tem como medicação habitual eutirox, victam, ferro, sinvastatina, ramipril, metamizol e omeprazol.

### 2.2 Antecedentes Familiares de Saúde

Na linha paterna em duas gerações consecutivas anteriores (pai e avó) refere uma patologia comum: a diabetes *mellitus*. Já a mãe sofria da doença de Alzheimer

segundo o Sr. C. Este refere ainda que desconhece história familiar de alterações ao nível da função renal.

### **2.3 Vigilância de Saúde e Estilos de Vida**

O Sr. C. refere que ao longo da sua vida adotou de padrões de vida considerados insuficientemente saudáveis. Além das refeições serem realizadas sem horários regulares, frequentemente ricas em gorduras saturadas e hidratados de carbono de rápida absorção, também o tempo disponível para a prática de exercício era reduzido. O jantar refere ter sido a refeição mais tranquila, com inclusão de sopas, vegetais e legumes, uma vez que era realizada em conjunto com a sua companheira. Refere ingestão etanólica moderada (2 copos de bebida) atualmente apenas em épocas festivas. Contudo o consumo de álcool em maior quantidade, tabaco e outras substâncias ilícitas já fez parte dos seus hábitos de vida.

O Plano de Vacinação Nacional encontra-se atualizado, segundo o mesmo, com vigilância de, pelo menos uma vez por ano, em cuidados de saúde primários, acompanhada por médico de família.

É também acompanhado em consulta externa de cardiologia, como já foi referido anteriormente, onde aguarda a colocação de CDI.

### **3. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL**

Após a alta da cirurgia programada em Julho de 2015 a abcesso perianal, o doente refere ter iniciado um quadro de ataques de pânico, sintomas depressivos, anorexia, obstipação e vômitos com agravamento progressivo.

No dia 10 de Setembro deu entrada no serviço de urgência quer pelos sintomas descritos anteriormente, quer pela presença de lombalgias com irradiação aos membros inferiores que desencadeava dificuldade na marcha. Este refere que estas dores já se arrastavam a algumas semanas e que na tentativa de as reduzir tomava de AINE'S frequentemente.

O exame físico à entrada refere que se encontrava consciente, orientado e colaborante, mas ligeiramente lentificado. Eupneico em repouso sem aporte de O<sub>2</sub>. Tendencialmente hipotenso. Abdómen mole, depressível, indolor e sem edemas periféricos.



Análiticamente é de destacar valores de: hemoglobina: 9,7; Ureia: 466; creatinina:19,1; sódio: 131; potássio: 8.0; proteína C reativa: 17.2.

A TAC à coluna lombar refere hérnia discal posterior entre L4 e L5.

Após observação do médico nefrologista foi dada indicação para ser algaliado. A drenagem vesical apesar de funcionar apenas apresentava vestígios de urina. Foi admitida a presença de lesão renal aguda com origem na desidratação e toma excessiva de anti-inflamáveis. Iniciou hemodiálise após colocação de cateter femoral esquerdo e foi proposto estudo de modo a compreender etiologia específica da lesão renal. No dia 11 de Setembro foi transferido para o serviço de nefrologia.

Após realização de eco renal + biópsia renal é admitida a presença de glomerulonefrite grave com rutura da cápsula compatível com vasculite de pequenos vasos. Na tentativa de recuperar a função renal, iniciou durante o internamento o tratamento medicamentoso com ciclos de metiprednisolona, seguido de prednisolona e ciclofosfamida. Sem indícios de recuperação manteve-se sempre em programa de hemodiálise.

Por presença de síndrome febril e proteína C reativa em constante elevação é considerada infeção pela presença do cateter. Iniciou antibioterapia e foi proposto a mudança do mesmo para a jugular direita, por onde se mantém a realizar o tratamento.

Após 30 dias de internamento e sem sinais de recuperação é proposto para consulta de esclarecimento das opções de tratamento e tem alta para o domicílio. Mantém-se a realizar hemodiálise três vezes por semana no hospital, até ser tomada a decisão definitiva relativamente à técnica de substituição da função renal.

#### **4. HISTÓRIA SOCIAL E CARATERIZAÇÃO FAMILIAR**

O Sr. C. habita num apartamento em Almada, com saneamento básico e eletricidade descrito como confortável pelo próprio. A habitação é constituída por dois quartos, uma cozinha, uma sala e uma casa de banho. No que se reporta às condições socioeconómicas, a aplicação da classificação social internacional de Graffar permite inferir que, com um score de 16 se insere na classe média. Para melhor se compreender a estrutura familiar, realizou-se um genograma (figura 1). No que se refere às relações sociais de proximidade, o filho e a companheira são a rede de suporte social mais coesa. As estruturas da comunidade mais valorizada são os vizinhos, o centro de saúde e a Igreja, de modo menos expressivo. As relações

tensas estão centradas sobretudo na ex-mulher, com que não contata desde a separação e o novo relacionamento amoroso, que realiza visitas diárias durante o internamento.

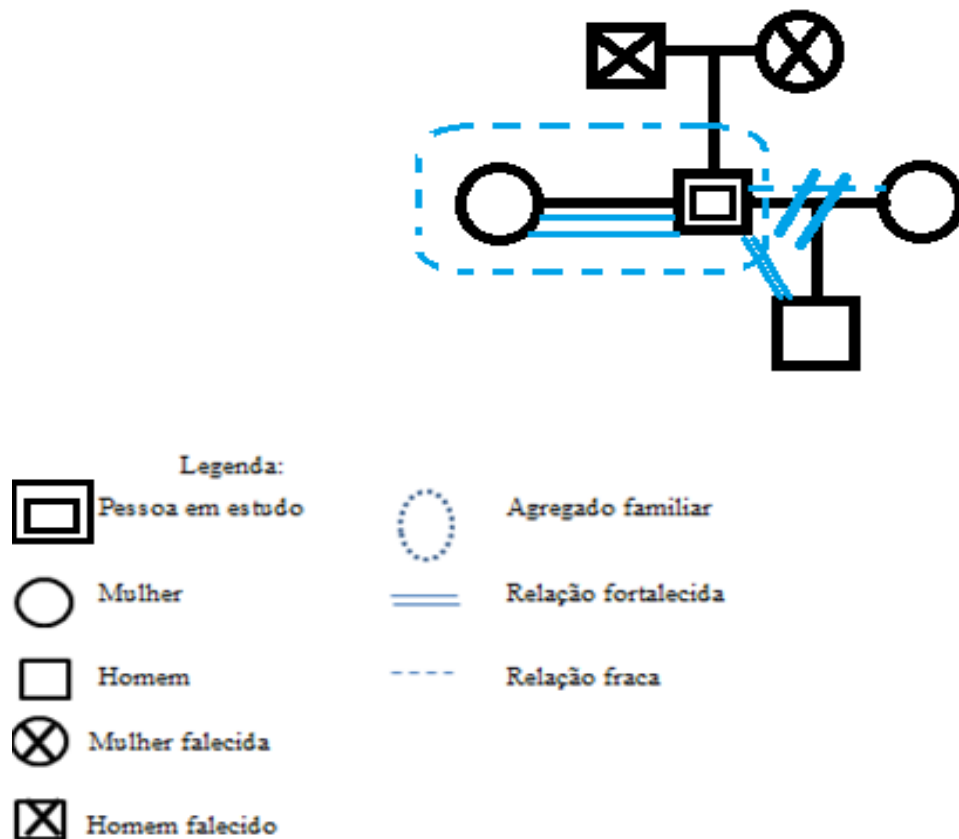


Figura 1. Genograma familiar do Sr. C.

## 5. OBSERVAÇÃO OBJETIVA

O Sr. C. tem uma aparência cuidada, apesar do seu aspeto físico parecer superior à idade real. Realizava de forma autónoma todas as suas atividades de vida, comunica com um discurso assertivo, ponderado e mantém o contato visual.

## 6. IMPACTO DA DOENÇA

Orem acredita que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar pois apresenta habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, sendo assim dominado de agente de autocuidado (Petronilho, 2012). Quando a pessoa não possui capacidade para o realizar, necessita que esse cuidado seja efetuado por terceiros com responsabilidades sociais (família, amigos, enfermeiros) aos quais se denominam de agentes dependentes de cuidados (Petronilho, 2012).

No caso do Sr. C, apesar das alterações provocadas pelo seu problema de saúde este manteve-se sempre independente nas suas atividades de vida diárias, necessitando apenas de alguma vigilância e incentivo por parte dos profissionais de enfermagem.

Sem alterações ao nível da respiração e comunicação, foi na alimentação e na eliminação vesical que o Sr. C refere ter sentido um grande impacto. Mesmos não tendo uma consulta formal com a dietista do serviço, foi-lhe explicado que iria iniciar uma alimentação específica, sem sal, que contribuísse para a tentativa de alcançar uma melhoria do seu estado de saúde. Habitado a não ter qualquer restrição na alimentação, o doente demonstrou sentir alguma dificuldade em adaptar-se a este tipo de dieta, ingerindo apenas pequenas quantidades e dizendo que a comida não lhe sabe bem sem a presença de sal. Numa perspetiva futura, com o intuito de o incentivar a uma alimentação mais adequada à sua situação de saúde, considero que seria fundamental o acompanhamento por parte da dietista, para que, em conjunto, fosse possível encontrarem estratégias quer na substituição do sal (por exemplo uso de ervas aromáticas que o Sr. C. aprecie), quer na confeção de alimentos, uma vez que é este quem cozinha na sua casa.

Com a presença de alterações ao nível da função renal, o Sr. C. iniciou um quadro de oligúria, com diureses inferiores a 50cc num período de 10 horas<sup>2</sup>. Foi-lhe explicado, por parte da equipa médica e de enfermagem, o porquê de não apresentar débitos urinários mais elevados, tendo ficado, aparentemente esclarecido. O fato de ter estado algaliado nos primeiros dias de internamento, fez com que este se sentisse dependente de terceiros para satisfazer esta necessidade. Manteve-se sempre oligúrico mas passou a satisfazer esta necessidade de uma forma mais autónoma, urinando no urinol sempre que sentia necessidade.

A necessidade de iniciar um tratamento substitutivo da função renal de urgência (hemodiálise), levou o Sr. C. a colocar um cateter que lhe permitisse estabelecer uma ligação imediata com a máquina de diálise. Tal como indica a Sociedade Espanhola de Nefrologia (2004, p. 117) “o uso de cateteres são uma alternativa ao acesso vascular, garantindo uma diálise eficaz e permitindo o acesso rápido e permanente à corrente sanguínea.” Contudo, este tipo de acesso está associado a um elevado número de complicações, entre elas a infeção. Inicialmente o cateter de

---

<sup>2</sup> Oligúria é definida, classicamente, como a redução do volume urinário para um valor abaixo de 400 ml em 24 horas (Silva e Yu, 2009). No caso do Sr. C. corresponde a 120 ml/24h.

hemodiálise do Sr. C. foi colocado na veia femoral direita, mas devido à presença de sinais e sintomas de infeção (febre + PCR aumentada) foi trocado para a veia jugular direita. Durante o internamento o Sr. C. foi incentivado a ter alguns cuidados com o mesmo: durante os cuidados de higiene deve evitar molhar o penso, caso ocorra deve de informar enfermeiro; deve manter o penso do cateter limpo e íntegro; ter cuidado ao vestir de modo evitar o descolamento do penso ou a mobilização do cateter; etc. O Sr. C. refere que o banho se tornou numa tarefa difícil de cumprir sozinho e muitas vezes solicita a ajuda de uma auxiliar de modo a cobrir o penso com uma toalha. Mesmo assim a higiene é realiza apenas com manápuas molhadas e não com o duche que realizava diariamente.

A mobilização foi também uma das capacidades do Sr. C. que estava condicionada. Devido à presença da hérnia discal o Sr. C. sentia muita dificuldade em deslocar-se, tendo recorrido frequentemente ao auxílio de canadianas. Este foi um dos motivos que o levou a recorrer ao serviço de urgência. Durante o internamento verificou-se que o Sr. C. deambulava pouco pelo serviço, só mesmo aquando dos cuidados de higiene no período da manhã. Foi solicitado o apoio da neurocirurgia e da fisioterapia para encontrarem a melhor reposta às necessidades do doente.

## **6.1 Apreciação Cognitiva e Emocional**

Para que o ser humano esteja no seu mais completo bem-estar, todas as suas dimensões têm de estar num nível ótimo de qualidade de vida (Rente & Pereira, 2014). No caso do Sr. C., como noutras pessoas com lesão renal aguda ou doença renal crónica, são várias as dimensões que se encontram afetadas. A necessidade urgente de iniciar um tratamento de substituição da função renal, para além da dificuldade que sentia em deslocar-se, fez com que o Sr. C. sentisse que precisava de um acompanhamento por parte da psicologia para além de todo o apoio da restante equipa. A tristeza, a angústia de não saber se os rins iriam ou não recupera a sua função, a incerteza de um futuro próximo, a ausência do seu mundo social e da sua rede familiar foram alguns dos problemas levantados pelo doente. Numa fase inicial demonstrava-se bastante recetivo aos tratamentos propostos que poderiam promover uma melhoria do se estado de saúde. Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa (escala de Glasgow 15) o Sr. referia sentir uma grande esperança

em voltar para casa sem necessitar de fazer três vezes por semana hemodiálise. Após os esforços de toda uma equipa multidisciplinar, a recuperação da função renal não foi possível de ser alcançada e o foi proposto para que o Sr. C realizasse a consulta de esclarecimento. Contudo, mais uma vez o trabalho conjunto e o apoio de todos os profissionais permitiu ao doente enfrentar este processo de transição de um modo mais positivo, atenuando, aparentemente, o sentimento de angústia e incerteza inicialmente demonstrados.

## **7. GESTÃO DA DOENÇA**

Meleis (2007; p. 470) define transição como uma mudança no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades. Enquanto passagem de um estado para outro, a transição implica não só a disrupção, mas igualmente as respostas da pessoa a essa disrupção. Uma transição saúde/doença é caracterizada por mudança súbita de papéis resultante da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença, seja ela uma doença aguda ou crónica (Meleis, 2007). A transição pode ser considerada como um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade. Esta surge quando a realidade atual de uma pessoa é interrompida, obrigando-a a mudar, opcional ou forçosamente, o que resulta na necessidade de constituir uma nova realidade.

A sintomatologia causada pela presença de uma lesão renal aguda foi o principal motivo pelo qual o Sr. C. recorreu ao serviço de urgência. Caracterizada por uma “deterioração súbita da função renal que resulta na incapacidade de excretar os produtos do metabolismo” (Thomas,2005) a lesão renal aguda apresenta um impacto nos doentes e na família muitas vezes inesperado (Thomas,2005). Quer a realidade do Sr. C., quer a da sua família foi alterada com o conhecimento do diagnóstico, prognóstico e com a necessidade deste ter de realizar uma técnica de substituição da função renal.

De acordo com Rente (2014, p.25) “a partir do momento do diagnóstico, a pessoa com doença renal crónica convive diariamente com uma doença incurável que o obriga a lidar com uma série de questões que marcam a sua vida, provocando alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos, não só para ele, mas também para a sua família.” Também Vilar e Salgadinho (2005, cit Rente, 2014, p. 20) referem que apesar de todos os avanços tecnológicos “a hemodialise continua a

implicar uma, dependência física e psicológica muito grande por parte das pessoas com doença renal crónica que se vêm condicionados a sessões de tratamento várias vezes por semana em horário pré estabelecido e com pessoal especializado.”

O Sr. C. viu-se obrigado a experienciar um conjunto de alterações na sua vida que apesar de se terem iniciado durante o internamento, se prolongaram na sua estadia domiciliária. Mudanças nas rotinas familiares, na vida social, no trabalho e até na alimentação poderão ser responsáveis por uma diminuição da sua qualidade de vida e da sua família. Este terá de encontrar estratégias, com o apoio da equipa multidisciplinar, que lhe permitam enfrentar as condicionantes que a doença renal crónica lhe trará no seu dia-a-dia. Caso contrario, o processo de transição será realizado de uma forma morosa e penosa não só para o doente mas também para todos os que o rodeiam.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J. (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: expressões e significados*. Santarém: ESES.

Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. (4ª Ed). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Meleis, A.; Sawywe, L.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Since*, 23(1), 12-28.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Formasau – Formação de Saúde, Lda. Coimbra

Rente, A. Pereira, M. (2014). Qualidade de vida dos insuficientes renais crónicos em hemodialise em Portugal. *Nephro's*. vol. XVII, Nº2

Sociedade espanhola de Nefrologia (2004). Guias de Acesso Vascular en Hemodialisis. Acedido através:  
[http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guia\\_acceso\\_vascular.pdf?c heck\\_idfile=984](http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guia_acceso_vascular.pdf?c heck_idfile=984)

Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lusociência

#### **APÊNDICE 4 – Plano de Sessão**

<b>Reunião de Enfermagem:</b> Acesso Vasculares para HD – Experiência do enfermeiro no CAV			
<b>Data de Início:</b> 22/10/2015	<b>Data de Fim:</b> 22/10/2015	<b>Horário:</b> 14:30 às 15:15	
<b>Local de Realização:</b> Serviço de Nefrologia		<b>Duração:</b> 45 min	
<b>Formador:</b> Enf. Patrícia Marujo			Folha nº 1

<b>Data</b>	<b>Sumário</b>	<b>Rubrica Formador</b>
<b>22/10/15</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fornecer dados Epidemiológicos relativos à DRC;</li> <li>2. Conhecer a legislação portuguesa relacionada com a construção e manutenção dos acessos vasculares para HD;</li> <li>3. Rever o conceito de FAV, Enxerto e CHD;</li> <li>4. Compreender o que é um Centro de Acessos Vasculares;</li> <li>5. Descrever as intervenções realizadas no bloco e na suíte angiográfica do Centro de Acessos Vasculares;</li> <li>6. Identificar o papel do Enfermeiro no Centro de Acessos Vasculares;</li> <li>7. Rever os cuidados a ter com o AV para HD;</li> <li>8. Demonstrar a importância do trabalho em equipa na manutenção e construção do AV para HD;</li> </ol>	



## **APÊNDICE 5 – Avaliação da Sessão**

<b>Formação:</b> Acessos Vasculares para HD Experiencia do Enfermeiro no CAV										
<b>Formador:</b> Enf. Patrícia Marujo					<b>Início:</b> 23-10-2015		<b>Fim:</b> 23-10-2015			
<b>Níveis de Avaliação</b>							<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
(de: 1 → menos positivo, fraco a 4 → mais positivo,										
<b>Curso</b>	Duração do curso									
	Horário									
	Qualidade das instalações									
	Qualidade dos equipamentos									
	Utilização de meios audiovisuais (se aplicável)									
	Utilização e adequação de exercícios (se aplicável)									
	Rentabilização do tempo disponível									
	Os objectivos do curso foram alcançados									
	Interesse dos tópicos abordados para a função desempenhada									
	Documentação fornecida									
<b>Formador</b>	Identificou os objectivos da formação									
	Motivou os formandos									
	Permitiu a fácil comunicação entre formador e formandos									
	Permitiu e desenvolveu a dinâmica entre os formandos									
	Esclareceu as dúvidas apresentadas									
	Geriu o tempo de forma eficiente									
	Foi claro na exposição das matérias									
	Apresentou as matérias ao nível dos formandos									
	Domínio das matérias apresentadas									
	Atenção pessoal dispensada									
Pontualidade e assiduidade										
<b>AVALIAÇÃO GLOBAL DO CURSO</b>										
Comentários e sugestões:										
Informações sobre o formando (opcionais):										
Nome: _____										
Departament _____ Data: ____ / ____ / ____										

## **APÊNDICE 6 – Diário de Aprendizagens**

## INTRODUÇÃO

O presente Diário de Aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que decorreu num centro de hemodiálise da comunidade na região de Lisboa. Com a elaboração deste documento pretendo não só procurar o significado das experiências e integrar o conhecimento daí resultante nas minhas ações, como também aprofundar e melhorar a minha própria capacidade crítica e reflexiva face à prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal (DRCT), competência fundamental enquanto futura especialista. Como refere Honoré (1992, cit. por Couceiro, 1998, pág. 59), o desenvolvimento de uma prática reflexiva por parte do estudante, é fundamental "...para encontrar soluções capazes de ultrapassar obstáculos; para utilização e elaboração de saberes; para uma nova e/ou melhor compreensão das condições de uma dada atividade; para mudar essas mesmas condições."

A DRCT atinge uma prevalência de cerca de 10-11% da população adulta dos EUA e cerca de 8% da população adulta da Europa (GID, 2014). De acordo com dados divulgados pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2012) Portugal enfrenta uma tendência de crescimento anual superior à média dos países da OCDE, apresentando as maiores incidência e prevalência de DRCT da Europa, o que acarreta um acréscimo nos custos globais com o tratamento deste grupo de doentes. A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2015) refere ainda que o número total de doentes com DRC que iniciaram o tratamento de substituição renal foi de 2473 no ano de 2014 o que corresponde a aumento do número de novos casos quando comparado com anos anteriores.

A hemodiálise (HD) continua a ser considerado o tratamento de eleição para os doentes com DRCT. Segundo a KDOQI (2006) este tratamento consiste na "...remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável (dialisador)." A HD "oferece uma alteração mais rápida na composição plasmática de solutos, e a possibilidade de remoção mais rápida do excesso de líquido corporal que a dialise peritoneal..." (Daugirdas, Blake, & Ing, 2001, p. 5).

O desenvolvimento contínuo e progressivo do equipamento e dos profissionais que trabalham numa sala de HD assegura a segurança do tratamento – se for prescrita e monitorizada corretamente, as complicações graves podem ser raras

(Thomas, 2005). Contudo, apesar de menos frequentes devido ao avanço tecnológico, existem complicações que decorrem durante a sessão de hemodiálise e às quais o enfermeiro tem de dar resposta. Cabe ao enfermeiro, enquanto agente promotor de uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à pessoa com DRCT em programa de HD, tal como indica a OE (2001) “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde do doente.”

Com recurso ao ciclo reflexivo de *Gibbs* pretendo, analisar mais profundamente uma situação vivenciada neste Ensino Clínico, encontrar os seus aspetos positivos e negativos e, de forma consciente, avaliar as aprendizagens que tive a oportunidade de adquirir, de forma a poder aplicá-las em experiências futuras. Para tal, este trabalho encontra-se organizado em duas secções: a primeira, o corpo do trabalho, onde estão inseridas as etapas Descrição, Sentimentos, Avaliação e Análise, relativas à metodologia reflexiva adotada e a qual denomino de “*Situação Vivida*”; e a segunda, onde estão destacadas a Conclusão e o Planeamento de Ação, a qual designo de “*Conclusão*”.

## **SITUAÇÃO VIVIDA**

De acordo com Fazendeiro (2011, p. 261) entende-se por “...complicações em hemodiálise todas as situações de mal-estar que, não existindo antes de estabelecido o circuito extracorporeal, estão relacionadas com a sessão de diálise.” As complicações mais frequentes registadas na literatura são: hipotensão (20 a 30%); câibras (5-20%); náuseas e vômitos (5-15%); hipertermia; reação pirogénica; prurido e hipertensão arterial (Fazendeiro, 2011).

Ao longo deste ensino clínico identifiquei algumas complicações experienciadas pelos doentes durante o tratamento. A situação que pretendo analisar resultou de um momento em que o Sr. P., com 56 anos, com DRCT a realizar HD há cerca de 4 anos, referiu um grande desconforto causado por câibras intensas ao nível dos membros inferiores, já no final da sessão de HD,. O problema resulta no fato de que esta situação desenrolou-se precisamente no momento em que o meu enfermeiro orientador se tinha ausentado da sala para ir ao WC. Sem conhecimentos aprofundados, nem uma experiência avançada perante situações semelhantes senti-me bastante preocupada com o doente, pois à medida que os segundos iam

passando a situação tornava-se cada vez mais grave. Apercebi-me que o tempo efetivo de dialise já tinha terminado, e sabia que deveria desligar o doente e reinfundir o sangue presente no circuito extra corporal o mais rápido possível para tentar reduzir a sintomatologia. As dores sentidas pelo Sr. P. passaram a ser manifestadas em forma de gritos. Como tive receio de não conseguir dar uma resposta atempada e adequada à situação, pensei de imediato em solicitar a ajuda de um colega com experiência, que me pudesse fornecer algum suporte. Foi então que chamei o enfermeiro que se encontrava na sala ao lado, e de imediato iniciei processo de reinfusão do sangue que se encontrava no circuito. À medida que efetuava o procedimento, o Sr. continuava aos gritos, e a sua expressão facial demonstrava uma intensidade de dor muito elevada. Apesar de pensar que muito possivelmente não o iria conseguir ajudar, tentei-me concentrar no que realmente era prioritário naquele momento. Com a reinfusão do sangue, e massagens realizadas pelo meu colega, as dores começaram a atenuar e o Sr. P. ficou progressivamente mais calmo. Quando me apercebi que a minha intervenção tinha sido adequada e que estava a conseguir ajudar o outro, também eu fiquei mais tranquila.

De uma forma geral, considero que o fato de estar atenta e identificar de imediato aquela complicação experienciada pelo Sr. P. permitiu-me atuar de forma mais rápida. Ter a noção das minhas capacidades e fragilidades perante uma situação de urgência também foi um aspeto importante pois, acima de tudo, era fundamental ajudar o outro o mais rápido possível (daí a necessidade de chamar um colega). Encaro também como aspeto positivo o modo como estruturei o meu pensamento e a forma como atuei – saber que o tempo efetivo de diálise já tinha terminado como tal a reinfusão seria um procedimento a efetuar. Contudo, os sentimentos por mim desenvolvidos ao experienciar aquela situação contribuíram para a minha insegurança na realização da técnica. O facto de observar o desconforto do outro, e de não apresentar uma experiência sólida na resolução destas situações, fez com que eu própria sentisse necessidade de ser ajudada, e de ter um apoio de retaguarda que me assegurasse a concretização de uma resposta eficaz caso a minha falhasse.

A HD é um procedimento de alta complexidade realizado pela equipe de enfermagem, no qual a atuação dos profissionais é decisiva diante do diagnóstico e controle das diferentes complicações decorrentes da sessão dialítica (Silva &

Thomé, 2009). É um tratamento que, no meu ponto de vista, acarreta um conhecimento profundo da técnica e do próprio doente. Este duplo conhecimento torna mais fácil a prevenção ou correção de determinadas complicações, não comprometendo assim o tratamento que dá a vida à pessoa com DRCT. Se por um lado, considero que seria importante que eu fosse detentora de mais conhecimentos relacionados com o desenvolvimento de possíveis complicações intradialíticas e quais os cuidados de enfermagem ter, por outro, o fato de não conhecer realmente a pessoa a quem estava a prestar cuidados, impediu-me de identificar outros procedimentos que poderiam ajudar a colmatar aquela situação.

## **CONCLUSÃO**

Tal como a hipotensão, as câibras podem ser causadas por uma taxa de ultrafiltração demasiado elevada, que desencadeia rápidas trocas de fluidos (Thomas, 2005). Prevenir a hipotensão arterial, rever o peso seco, a taxa de ultrafiltração e a concentração de sódio na solução do dialisante, administrar soro fisiológico, massajar o músculo e aplicar uma compressa quente, realizar pressão no pé do doente e deixar que este faça força contrária, são algumas das formas de atuar perante uma situação de câibras durante o tratamento de HD (Thomas, 2005; Fazendeiro, 2011). Caso o tempo de tratamento efetivo ainda não estivesse concluído, teria sido útil conhecer a estratégia mais adequada para aquele doente de forma ajudá-lo a superar eficazmente esta complicação tão desconfortável. Deste modo o conhecimento da pessoa a quem estamos a prestar cuidados é fundamental também na técnica hemodialise.

Enquanto futura enfermeira especialista considero que, com a experiência alcançada na resposta a este tipo de situações, ao longo do ensino clínico, tornou-se também possível desenvolver competências relacionadas com os cuidados à pessoa em situação crítica. Tal como indica a OE (2010)

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”

Devido à instabilidade causada pela própria condição de doença e pela realização de um tratamento bastante complexo, como é o caso da HD, é fundamental que o EEEMCVN seja capaz de responder de forma pronta e a antecipatória a possíveis complicações. O diagnóstico precoce, a implementação de respostas de enfermagem adequadas, e a monitorização e avaliação dessas respostas aos problemas identificados são capacidades que este profissional deve deter numa sala de HD. Tendo em conta a complexidade da situação de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (OE, 2010)

Numa situação futura semelhante espero conseguir ajudar o outro, prevenido ou superando a complicação que surgir durante o tratamento. Tal com indica Thomas (2005, p.214) “O objetivo dos cuidados de enfermagem deve ser o de prevenir a ocorrência de complicações, através de uma avaliação de planeamento abrangentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Couceiro, M. (1998) – Autoformação e Transformação das Práticas Profissionais dos Professores. *Revista de Educação*: volume 7, nº 2;

Daugirdas, J. Blake, P. & Ing, T. (2001). *Manual de Diálise*. 3ª Edição. MEDSI

Direção Geral da Saúde (2012). *Norma da Direção Geral da Saúde: Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Fazendeiro, J. et al (2011). *Manual de Hemodialise para Enfermeiros*. Almedina

KDOQI, 2006. *Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations*  
Disponível em:  
[http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline\\_upHD\\_PD\\_VA/va\\_intro.htm](http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/va_intro.htm)

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade: Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos*. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>



Silva, G. Thomé E. (2009). Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. *Rev Gaúcha Enfermagem.*, Porto Alegre 30 (1):33-9.

Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lusociência

[http://www.spnefro.pt/comissoes\\_gabinetes/Gabinete\\_registro\\_2014/](http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registro_2014/)

[http://www.spnefro.pt/comissoes\\_gabinetes/Gabinete\\_registro\\_2014/](http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registro_2014/)

<http://gid.min-saude.pt/irc.php>

## **APÊNDICE 7 – Experiência na Diálise Autônoma Domiciliária**

A Diálise Autônoma Domiciliar (DAD) é um dos serviços disponíveis na clínica de HD onde realizei o segundo ensino clínico. Apesar de manter contato com alguns dos doentes inseridos no programa (devido à minha prestação de cuidados no CAV), a verdade é que os meus conhecimentos relativos a esta modalidade eram relativamente reduzidos. Pelo interesse existente em compreender alguns dos aspetos relacionados com a pessoa com DRCT em programa de DAD, bem como a organização, coordenação e gestão desta unidade, propus assim a realização de um turno. Para além da observação de rotinas e procedimentos, selecionei um conjunto de questões, que pretendia realizar à enfermeira coordenadora e aos doentes presentes nesse turno, de forma a conhecer o que é a DAD nestes dois pontos de vista.

Após uma pesquisa em livros e base de dados, apercebi-me de que a DAD surgiu logo numa fase inicial da história da HD. Scribner, o médico responsável pela criação do “Shunt” que permitia aceder à rede vascular, instalou 12 postos de HD no Hospital da Universidade de Washington que, pelas necessidades, rapidamente foram ocupados. Visto que a procura superava a capacidade de oferta, pensou-se de imediato na possibilidade de enviar os doentes para casa após uma formação dos mesmos e dos seus familiares. (Thomas, 2005)

Em 1961 é descrito o caso de um doente, a realizar HD num hospital de Londres, que era capaz de gerir todos os cuidados inerentes à realização de HD, o que solidificava a possibilidade deste ser responsável pelo seu tratamento no domicílio. Após uma seleção cuidadosa, Scribner teve como primeiro doente a realizar o tratamento no domicílio: uma adolescente que era ajudada pela mãe. A realização deste tratamento em casa no período da noite possibilitou a jovem de continuar os estudos no liceu. A HD noturna no domicílio passou a ser assim uma forte opção, pois interferia minimamente com a liberdade do doente. A partir destas primeiras experiências foram desenvolvidos outros programas de HD domiciliária nos EUA e no Reino Unido, permitindo que se expandisse a população tratada sem se ter que ampliar as estruturas hospitalares. (Thomas, 2005)

A DAD é um programa que existe na clínica desde 2005, e oferece ao doente um tratamento personalizado de acordo com o seu estilo de vida e condições próprias. Trata-se de um serviço de excelência que possibilita o acesso a um programa de ensino e treino individualizado, para a realização do tratamento de HD no domicílio, pelo próprio doente com o acompanhamento de um cuidador. Este

programa desenvolve-se durante aproximadamente 16 semanas na unidade de DAD (podendo prolongar-se de acordo com as necessidades de ensino do doente/cuidador identificadas), e envolve o candidato, o cuidador por ele selecionado e uma equipa multidisciplinar especialmente preparada para o efeito. Durante este período pretende-se que ambos adquiram conhecimentos teóricos sobre a doença renal e a HD, e desenvolvam a vertente prática na utilização e programação da máquina de HD, na punção do acesso vascular e na realização e supervisão do tratamento.

Quando realizada em casa, a HD permite um controle mais eficaz do volume extracelular (o que resulta numa melhoria da tensão arterial), uma melhoria da estrutura e função cardíaca, uma melhoria do apetite (com uma albumina e um estado nutricional adequado), uma melhoria no controle do fósforo, a redução de complicações intra-dialíticas, uma melhoria da qualidade de vida, e uma redução do número de hospitalizações, (Nesrallah, 2007, cit. Ding, 2013). Ou seja, para além do ganho de uma maior autonomia no tratamento de HD, esta modalidade proporciona ao doente um aumento do bem-estar físico e psicológico, melhores resultados clínicos, maior flexibilidade na gestão do tempo e muitas vezes a conservação de uma vida ativa.

Para que uma pessoa com DRCT em programa de HD possa ingressar na DAD é necessário que esta apresente determinados requisitos. Independentemente da formação/grau académico é necessário ter motivação para assumir a responsabilidade da execução do tratamento, capacidade para assegurar de forma autónoma todo o processo, desde a preparação da máquina, passando pela punção do acesso vascular e inicialização do tratamento até à sua finalização, possuir um assistente para acompanhamento durante todo o tratamento, ter uma habitação com saneamento básico, eletricidade, água da companhia, telefone ou telemóvel e existência de um local que possa ser destinado à instalação dos equipamentos e realização do tratamento, um acesso vascular sem problemas de punção e uma avaliação positiva por parte da equipa multidisciplinar da DAD, sobre outros aspetos que influenciam o sucesso do tratamento em regime domiciliário, são alguns dos itens a ter em consideração na admissão de um doente.

A unidade de DAD assegura e suporta na totalidade a logística desta modalidade, nomeadamente o planeamento e instalação dos diferentes equipamentos e acessórios necessários à realização dos tratamentos, a manutenção

e assistência técnica permanente ao monitor e respetiva unidade de tratamento de água e o aprovisionamento mensal de consumíveis de forma personalizada. Promove a ligação do doente à clínica de HD de origem (instituição que se mantém recetora do preço compreensivo do doente), nomeadamente à equipa assistente, nefrologista e assistente social. É ainda responsável pela avaliação laboratorial e monitorização da capacidade de execução do tratamento (mensal), pela realização visitas domiciliárias periódicas da equipa de enfermagem e pela avaliação de conhecimentos e realização de formações. Proporciona também o acesso por via telefónica 24 horas à equipa de enfermagem.

Apesar de não haver um limite de doentes, segundo a coordenadora, neste momento são 8 o total de que optaram por realizar este tipo de técnica dialítica e têm ao seu dispor uma equipa dedicada na prestação de cuidados. Daqueles com quem tive oportunidade de contactar no decorrer desta experiência, o conhecimento da modalidade surgiu durante a consulta médica de opções após a rejeição de um rim transplantado, há cerca de 10 anos: “o nosso médico era o mesmo e para além do hospital trabalhava na clínica que tinha esta opção de tratamento... A unidade estava numa fase experimental e ele achou que nós reuníamos as características adequadas para ingressar na modalidade e fez-nos a proposta” (SIG).

Ambos referem que não tiveram quaisquer dúvidas na escolha pois “fazia-me imensa confusão as rotinas da sala de HD” (SIG). Apesar de todas as alterações possíveis relacionadas com a DRCT (alimentação, trabalho, vida social e familiar, entre outros) o fato de realizarem este tratamento no conforto de suas casas e com as pessoas que lhes são próximas revelou-se numa mais-valia na capacidade de enfrentamento de situações menos positivas associadas à doença. “Sinto-me bem, saudável e com energia... muitos dos meus colegas de trabalho nem sabem que tenho DRCT e faço HD.” (SIG)

A forma como encaram a doença e o tratamento permitiu-lhes adotar um conjunto de práticas que transformaram a HD numa rotina do dia-a-dia familiar. “Aproveito para trabalhar, para descansar, para pôr a conversa em dia com os meus familiares, para realizar alguns *hobbies* que não tinha tempo e que decerto não iria realizar na clínica, como por exemplo fazer *puzzles*”(SIG).

Dificuldades na aprendizagem e realização da técnica referem que poucas ou nenhuma sentiram, e a palavra cansaço em relação ao tratamento não faz parte do vocabulário “gosto de ser eu a cuidar de mim” (SIG).

Para eles o único problema que conseguem identificar é mesmo o fato de terem de realizar o tratamento numa clínica sempre que vão de férias: "... não estou habituada à rotina da clínica e além disso há muitos enfermeiros que não compreendem o fato de sermos nós os principais responsáveis pelo nosso cuidado, e muitas vezes não permitem que sejamos nós a puncionar..." Acima de tudo, são conhecedores do seu corpo e do seu metabolismo. São pessoas disciplinadas capazes de se auto cuidar e de controlarem a própria situação de saúde/doença.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ding, D. (2013). Perspectives and Experiences of a Nephrology Nurse on Home Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal January-February*. Vol. 40, No. 1

Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lusociência

## **APÊNDICE 8 – Introdução para Protocolo Diálise Peritoneal: Alteplase**

## **ALTEPLASE – Tratamento de Peritonites e Disfunção do Cateter de DP**

Os cateteres de diálise peritoneal (DP) são formados por uma superfície porosa e rugosa, que representa o local de eleição para os microrganismos na proteção contra as forças de cisalhamento que ocorrem durante as trocas de soluções. Estudos revelam a presença de microrganismos entre 0% a 100% nos cateteres de DP removidos em doentes com ou sem sinais de infeção (Machado, 2012). Apesar de se observarem maioritariamente culturas mono-microbianas, foram identificadas também populações poli-microbianas, isto é, culturas constituídas por duas ou mais espécies microbianas (Brogden 2002). As bactérias Gram-positivas foram o grupo de microrganismos predominantemente detetado, seguindo-se as bactérias Gram-negativas e, por fim, os fungos.

A presença contínua de microrganismos numa superfície promove o desenvolvimento de uma estrutura designada por biofilme. O biofilme é considerado uma comunidade microbiana séssil, caracterizada pela adesão irreversível de microrganismos a uma superfície (biológica ou não-biológica), a uma interface ou a outros microrganismos (por agregação) e incorporada numa matriz de substâncias poliméricas extracelulares (Donlan & Costerton, 2002). As substâncias poliméricas extracelulares são as proteínas, os polissacarídeos, os lípidos e ácidos nucleicos, que representam 50 a 90% da matéria orgânica dos biofilmes, produzidas pelos próprios microrganismos.

Duas das complicações frequentes causadas pela presença de biofilme nos cateteres de DP são a infeção e a obstrução do cateter. A peritonite é um dos problemas clínicos mais frequentes nas pessoas com doença renal crónica terminal em programa de DP (Thomas, 2005). Contudo, estes estão também sujeitos à ocorrência de obstruções do cateter por coágulos de sangue ou de fibrina (Zorzanello, Warren, Fleming & Barbara, 2004).

O Alteplase é um agente fibrinolítico e hemolítico capaz de hidrolisar as placas de fibrina e o fibrinogénio. Este promove a lise coágulos de fibrina no interior do lúmen do cateter de DP que, além de servir como local de eleição para bactérias (potenciando o desenvolvimento peritonites), também leva ao bloqueio do mesmo e consequente obstrução do fluxo. Deste modo, o Alteplase é utilizado no tratamento de peritonites que se mantêm após um período de 30 dias em antibioterapia, e na obstrução de cateteres de DP por coágulos de fibrina. (Royal Children's Hospital).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brogden, K. A. (2002) Polymicrobial diseases of animals and humans. Polymicrobial diseases, K. A. Brogden & J. M. Guthmiller (eds.). Washington (DC): ASM Press, 1st edition, 3-20.
- Donlan, R. M. & J. W. Costerton (2002) Biofilms: survival mechanisms of clinically relevant microorganisms. Clin Microbiol Rev, 15: 167-93.
- Machado, D. (2012). Investigação dos biofilmes microbianos em cateteres de diálise peritoneal. Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lusociência
- Zorzanello, M. Fleming, W. & Prowant, B. (2004). Use of tissue plasminogen activator in peritoneal dialysis catheters: a literature review and one center's experience. Nephrol Nurs J. Sep-Oct;31 (5):534-7
- [http://www.rch.org.au/nephrology/protocols/312\\_Alteplase\\_TPA\\_Treatment\\_For\\_Pe\\_ritonitis\\_And\\_Peritoneal\\_Catheter\\_Malfunction/](http://www.rch.org.au/nephrology/protocols/312_Alteplase_TPA_Treatment_For_Pe_ritonitis_And_Peritoneal_Catheter_Malfunction/)

## **APÊNDICE 9 – Diário De Aprendizagens**

## **CONSULTA DE ESCLARECIMENTO – TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR**

A doença renal crónica (DRC) é responsável pela presença de manifestações multiorgânicas, que afetam diferentes sistemas e em diferentes proporções. Esta é caracterizada pela perda progressiva das funções renais (Fazendeiro, 2011).

Trata-se de uma patologia altamente prevalente que está associada a uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade, sendo responsável pelo consumo de uma parte significativa dos recursos existentes no serviço nacional de saúde. (Martínez & Cuadrado, 2008)

Diretrizes internacionais (KDOQI, 2002) classificam a DRC em cinco estádios. Os doentes que atingem o 4 e o 5 estadio necessitam de um acompanhamento médico especializado e permanente – consultas de nefrologia. O principal objetivo da consulta de nefrologia é proporcionar ao doente um cuidado integral, no qual está contemplado a assistência, a informação, a formação e a educação. Quando este acompanhamento é realizado em tempo útil é possível verificar não só uma melhoria na evolução da doença, como também uma redução dos custos quer para o doente, quer para o próprio sistema de saúde. (Rebollo, Morales, & Pons, 2014)

Contudo, por vezes, apesar de todo o acompanhamento especializado, não é possível travar o curso natural da doença, e surge a necessidade de iniciar uma técnica de substituição da função renal (TSFR). Para que a pessoa seja capaz de tomar uma decisão consciente face ao tratamento que terá de iniciar é necessário que esta esteja devidamente informada e esclarecida.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2012), a informação sistemática e o esclarecimento devido da pessoa com DRC sobre as várias modalidades de tratamento disponíveis é obrigatória e deve fazer parte integrante de todos os serviços hospitalares de Nefrologia. Este esclarecimento visa fornecer as informações necessárias para a tomada de decisão na opção terapêutica para o tratamento da doença renal crónica terminal (DRCT). (Tavares, 2015)

Na unidade hospitalar onde realizei o terceiro ensino clínico, a consulta de esclarecimento existe desde 2014, com o intuito de “contribuir para o esclarecimento pleno do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento e técnicas respetivas” (DGS, 2012, p.1). Decorre todas as quintas feiras de manhã, e é realizada pelo enfermeiro, seguindo um processo rotativo no que respeita à equipa: alternância semanal entre os profissionais que prestam cuidados ao doente em

hemodiálise (HD), com os que são responsáveis pelos doentes em diálise peritoneal (DP). Existe ainda um apoio de retaguarda dos restantes elementos da equipa: médico nefrologista, assistente social e nutricionista.

Com recurso a meios audiovisuais, a consulta tem início com um breve esclarecimento da fisiopatologia da DRC, orientando para uma possível necessidade de iniciar uma TSFR. A diálise é apresentada como uma forma de tratamento e são explicados os objetivos terapêuticos. O doente e os acompanhantes são elucidados sobre as vantagens, desvantagens, limitações, complicações e rotinas de cada modalidade. São esclarecidas as dúvidas, não havendo uma pressão por parte da equipa para que a opção seja tomada ali, naquele momento. É disponibilizado tempo necessário para que o doente e acompanhantes possam discutir/refletir acerca da melhor técnica tendo em conta as condições de vida. A decisão final é tomada apenas em consulta médica, agendada de acordo com o grau de urgência. Para além disso, é dada a possibilidade de requerer uma nova consulta de esclarecimento com a equipa de enfermagem.

Nesta consulta também o transplante renal (TXR) surge como uma possibilidade de tratamento, apesar de não imediato. Já o tratamento médico conservador não é sequer referenciado pela equipa como possibilidade. Esta última modalidade, que surge referenciada na norma da DGS (2012), consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise nem à transplantação renal. Trata-se de um tratamento ativo dos problemas associados à insuficiência renal, tais como: a anemia, o défice de vitamina D, a alteração dos níveis de cálcio, fósforo e potássio, a hipertensão arterial e o desequilíbrio de fluidos. (Harrison & Watson, 2011)

O objetivo dos cuidados à pessoa com DRCT que opta pelo tratamento médico conservador é proteger a função renal residual, promover uma progressão lenta da doença e evitar possíveis complicações. É reconhecido que estes doentes possuem uma expectativa de vida limitada. Além disso, experienciam um conjunto de sintomas, como náuseas, vômitos, dor, prurido, letargia, astenia e agitação, que demonstram a necessidade significativa de um acompanhamento especializado no fim da vida. (Harrison, 2011)

Das 3 consultas de esclarecimento que tive a possibilidade de presenciar, houve uma que me chamou particularmente a atenção. A Sra. M., de 92 anos de idade, consciente e aparentemente orientada no tempo, espaço e pessoa, fez-se chegar ao gabinete com as suas duas filhas, de 68 e 72 anos. Apesar do seu ar de cansaço,

esta deslocava-se com o auxílio de uma bengala. Após todos se terem acomodado, a Sra. M. foi a primeira a falar: “Eu já sei o que venho cá fazer. Quero dizer que não estou disposta a realizar qualquer tipo de tratamento. Tenho 92 anos e não quero mais sofrimento...” Decerto que, tanto ela como as filhas, constatarem o nosso ar de espanto perante aquele discurso. Perante esta situação, a enfermeira C., responsável pelas consultas de esclarecimento, achou que seria importante compreender o que realmente a Sra. e a família presente sabiam. Após algumas questões, constatamos que apresentavam conhecimentos no que respeita quer à necessidade de iniciar um tratamento, quer dos diferentes tipos de tratamento possíveis para o caso da Sra. M. Contudo, denotava-se a carência de esclarecimento de alguns aspetos (p. ex. encargos com o tratamento). Mesmo assim, a matriarca manteve sempre a sua ideia: “Conheço muitas pessoas que fazem HD, elas dizem que sofrem muito...Essa diálise da barriga dá muito trabalho. Eu não consigo fazer sozinha e também não quero dar trabalho a ninguém...Eu não me quero sujeitar a esse sofrimento, nem para mim, nem para as minhas filhas, que sofrem ao ver-me sofrer...” As filhas tentaram ainda com que a mãe mudasse de opinião: “...a mãe não tem de pensar no nosso sofrimento, mas na possibilidade de ficar cá por mais um tempo junto de nós....” Perante a incapacidade de conseguir orientar a Sra. para uma das modalidades de tratamento, a enfermeira chamou a médica para que esta tomasse conhecimento da situação, e tentasse, talvez com outros argumentos, demonstrar à Sra. o quão importante seria pensar nas técnicas propostas, para que pudesse optar quando fosse necessário.

A informação foi novamente reforçada e a Sra. M. manteve sempre a sua opinião: “Não quero fazer nenhum tratamento.” Perante a impossibilidade de dar uma resposta face à opção da doente, a médica referiu apenas que iria encaminhar o caso para o nefrologista assistente.

Eu própria senti-me impotente perante a situação: por um lado, esta Sra. de 92 anos, consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa, com várias patologias (HTA, ICC, dislipidémia, tumor do intestino já operado) para além da DRC, decidida a não querer realizar nenhuma técnica dialítica; por outro, uma equipa multidisciplinar competente na prestação de cuidados à pessoa com DRCT, que considera que o melhor para a doente é iniciar uma TSFR quando necessário.

De acordo com a DGS (2012) o tratamento médico conservador não é uma alternativa aos outros tratamentos. Este encontra-se apenas reservado para

situações graves, de mau prognóstico de vida, em que a diálise não faculta uma esperança e uma qualidade de vida superiores. Para que este seja aplicado é necessário que seja respeitadas algumas condicionantes, tais como:

- Garantia de acompanhamento clínico em consulta para vigilância e controlo dos sintomas causadores de sofrimento associados à síndrome urémica (tratamento da anemia, acidose, hipertensão arterial, excesso de volume, dor, prurido, agitação, entre outros), à eventual comorbilidade presente ou a qualquer outra causa, bem como garantia de acompanhamento individual relativamente a aspetos dos foros psicológico e social;
- Garantia de acesso a adequados cuidados continuados ou paliativos renais;
- Articulação do acompanhamento do doente com os cuidados de saúde primários. (DGS, 2012)

O caso da Sra. M. não representava, aparentemente, uma situação grave, de mau prognóstico de vida. Muito provavelmente, a diálise até seria uma opção favorável na redução da sintomatologia causada pelo avanço da DRCT. Contudo, para a doente, a idade avançada, o sofrimento já sentido pelos problemas de saúde anteriores, e a experiência relatada por pessoas próximas que realizavam um destes tratamentos pesaram mais na hora de optar por uma TSFR.

Perante isto, não será o princípio da autonomia um direito a ser respeitado? Poderá o bem considerado pela equipa ser superior ao que a própria doente considera o melhor para si, após estar informada e esclarecida?

O respeito pelas escolhas autónomas está profundamente enraizado na moral comum e considera a liberdade que a Pessoa tem para agir de acordo com um plano por si estabelecido. O respeito pelo princípio da autonomia implica que a decisão do sujeito não deve ser condicionada a não ser pela sua vontade, que o sujeito tem capacidade (competência) para optar por um determinado plano de ação e que o poder de escolha se garante pelo esclarecimento daquele que age. (Beauchamp & Childress, 2009)

De acordo com os autores Beauchamp & Childress (2009) os doentes que previamente são capazes de decidir, que autonomamente expressaram as suas preferências de forma oral ou escrita fornecendo assim uma base razoável de inferência, devem ser tratados de acordo com o padrão da autonomia pura (os cuidadores devem aceitar os julgamentos e decisões que o interessado exprime).

Contudo, a moralidade requer não só considerar a autonomia da pessoa, mas também contribuir para o seu bem-estar. Mais do que evitar causar um dano (que caracteriza a não maleficência), o princípio da beneficência impõe que o agente leve a efeito ações das quais beneficiam terceiros e estabelece a obrigação moral de agir desta forma. (Beauchamp & Childress, 2009)

Como afirmam Sauwen e Hryniewicz (cit. por Bessa, 2013) no caso de conflito entre o princípio da autonomia e o da beneficência, deve ser feita uma avaliação rigorosa, sempre na tentativa de se alcançar um equilíbrio entre os dois princípios em confronto (Bessa, 2013).

Por um lado, é reconhecido o direito à recusa de tratamentos médicos, mesmo que esta surja como irrazoável. Este direito fundamenta-se quer na liberdade de consciência (art. 41º, nº 1 CRP), quer no direito à integridade física e moral (art. 25º, nº 1 CRP). Os doentes adultos e capazes têm assim o poder de recusar qualquer tratamento, mesmo que essa recusa possa provocar uma lesão grave e irreversível na sua saúde ou mesmo a morte. O que é importante é que o doente compreenda as consequências da recusa e que essa recusa pode impedir futuras opções terapêuticas. (Entidade Reguladora da Saúde, 2009)

Por outro, é sabido que a dialise contribui para um nível de qualidade e esperança de vida aceitáveis pela pessoa com DRCT, atenuando a sintomatologia causada pela perda da função renal.

Contudo, para encontrar esse caminho o próprio doente poderá ter de enfrentar um conjunto de riscos e complicações inerentes ao tratamento. Se é consensual que a diálise contribui para o aumento da sobrevida da pessoa com DRCT, tal já não se verifica na pessoa idosa com diversas comorbilidades (L., G., & a., 2013). Nestas situações, a diálise pode não contribuir significativamente para a melhoria da sobrevida, ou isso verificar-se à custa de uma degradação da qualidade de vida (DGS, 2012).

Torna-se necessário considerar que nesta fase do percurso de cada um, viver com expetativas de conforto, sem submissão a terapêuticas agressivas e com um enquadramento sociofamiliar tranquilo, é tão importante como a discussão isolada sobre o tempo de vida (DGS, 2012).

No caso do enfermeiro, o código deontológico (art. 78º) refere que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade da pessoa humana e do profissional, o que significa que as pessoas

deverão ser respeitadas e reconhecidas, quer quanto às suas opções, que quanto às suas crenças e valores. O que importa é suportar e promover a capacidade para decidir e agir. (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005)

Na situação da Sra. M. foi importante o fornecimento de informação e o esclarecimento de dúvidas em relação à doença e métodos de tratamento, pois desta forma garantimos a sua capacitação no processo de tomada de decisão. Visto que a sua opinião se manteve, considero que seria importante uma discussão em equipa multidisciplinar para avaliar o caso da doente e encontrar uma estratégia de tratamento que respeitasse a sua decisão. Posteriormente, na consulta seguinte, esta estratégia seria apresentada e discutida com a própria Sra. M. e seus familiares de modo a encontrar o melhor caminho a percorrer em conjunto.

Numa perspetiva futura, considero ainda que seria importante que a equipa responsável pela consulta de esclarecimento apostasse numa formação relacionada com o tratamento médico conservador, para que pudessem, em situações semelhantes, apresentar e discutir esta possibilidade com a pessoa e família, sem quaisquer constrangimentos.

## **Referências Bibliográficas**

Beauchamp, T., & Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). New York: Oxford University Press.

Brady, J. V, Cooke, R. E., Heght, D. I., Jonsen, A. R., King, P., Lebacqz, K., ... Turtle, R. H. (1978). Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, 40. Retrieved from [http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_belmont\\_report.pdf](http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf)

Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. (2009). Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol* Oct;4(10):1611-9.

Direção Geral da Saúde (2012). *Norma da Direção Geral da Saúde: Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Entidade Reguladora da Saúde (2009). Consentimento Informado – Relatório final.



- Harrison, K., & Watson, S. (2011). Palliative care in advanced kidney disease: a nurse-led joint renal and specialist palliative care clinic. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(1), 42–46.
- L., B., G., G., & a., B. (2013). A comparison of treatment options for management of End Stage Kidney Disease in elderly patients: A systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(7), 197–208. doi:10.11124/jbisrir-2014-1152
- Martínez, L. O., & Cuadrado, G. B. (2008). Unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Concepto de una unidad multidisciplinaria. Objetivos de la consulta de ERCA. *Nefrología*, 28(SUPPL. 3), 49–52.7
- Neves, M.. & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Rebollo Rubio, A., Morales Asensio, J. M., & Pons Raventos, M. . E. (2014). Influencia de la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo. *Enfermería Nefrológica*, 17(4), 243–250. doi:10.4321/S2254-28842014000400002
- Tavares, A. (2015). Consulta de esclarecimento na insuficiência renal crónica terminal. Consultado em: <http://www.portaldadialise.com/articles/-consulta-de-esclarecimento-na-insuficiencia-renal-cronica-terminal>

## **APENDICE 10 – Avaliações De Ensino Clínico**

**AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Nome: Patricia Vaz Instituição: H Serviço: Nefrologia  
Efectuado de 28/09/2015 a 23/10/2015 Docente: Prof. Gabriela Novais Orientador: 7

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mais exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências das funções;	Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Muito Bom
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Excelente
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Excelente

O Docente: Gabriel Novais Orientador: 7 Data: 28/10/2015

## AValiação DO Estágio COM RELatório

**avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:** Durante o seu percurso no serviço de Nefrologia do HGP, EPE, a Patrícia trabalhou sempre no sentido de alcançar todos os objetivos, punimento de prioridades para este campo de estágio. Percebeu trabalhar com os elementos e manteve uma postura crítica, não só em relação aos conteúdos partilhados, a pensar com DRE em contexto de internamento, mas também em termos organizacionais. Demonstrou as detetadas de competências comuns de enfermeiro especialista, nos seus vários níveis, e procurou desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em Nefrologia, nomeadamente a pensar com DRE em contexto de internamento. Desenvolveu uma atividade de prática em Sinopse tudo em conta a sua experiência profissional e as necessidades formativas do serviço — Ações formativas para HD — Muito Bom

avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 28/10/2015 Orientador

Assinatura

Data: 28/10/2015 Estudante

Patrícia Vaz



**AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Nome: Patrícia Raposo Marques Instituição: Remedialise  
Efectuado de 26/10/2015 a 18/12/2015 Docente: Prof. Vanda Galante Naves Orientador: \_\_\_\_\_

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências das funções;	MUITO BOM
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	MUITO BOM
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	EXCELENTE
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	MUITO BOM

O Docente: Eulália Orientador: \_\_\_\_\_ Data: 18/12/2015

## AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Enfermeiros muito interessados e copy. Integrou-se muito rapidamente na  
equipe. Aprende com facilidade a manipular os monitores de diálise. Realiza  
os exames vasculares sem dificuldades. Executa os registos de  
Enfermagem de acordo com o preconizado pela Nephrocare  
nomeadamente no identificação e registo de incidentes.  
No final do estágio recebe-se copy de print a dimensão dos  
cheats que lhe são enviados de forma autónoma.

*Classifica este estágio como muito Bom*

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 18/12/2015 Orientador

Assinatura

Data: 18/12/2015

Assinatura

*Patricia Raposo Henriques*

*Patricia Henriques*

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Rafaela Raposo Henriques Instituição: Hospital Serviço: Divisão Peritencial / com. ps. transigente renal  
Efectuado de 4.11.2016 a 12.12.16 Docente: Na Escola novos Orientador: \_\_\_\_\_

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com indecência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada; sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Bom
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Muito Bom
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Muito Bom

O Docente: Fulano

Orientador: \_\_\_\_\_

Data: 8.12.16



## AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Patricia mostrou muito interesse durante o seu estágio, em adquirir novos conhecimentos, em colaborar na prestação de cuidados aos doentes, com doença renal. Acompanhou e monitorizou doentes em programa de diálise peritoneal e em programa de hemodiálise renal nas consultas de rotina e em situações de urgência.

Participou nos vários procedimentos efetuados na Unidade procurando sempre uma boa qualidade de execução. Compreendeu as indicações de enfermagem específicas da Unidade, em situações de complicações. Contribuiu para o desenvolvimento da Unidade, participando num projeto de intervenção de educação para a D.P., que foi ao encontro as necessidades da equipa e doentes. Realizou procedimentos muito boas, contribuindo para um bom ambiente de trabalho. Integrou-se facilmente na equipa de trabalho, mantendo boa relação com o utente e família.

Excelente estágio: avaliação satisfatória: 19 val.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 08/02/2016

Assinatura

Data: 08/02/2016

Estudante

Patricia Rapaz Marujo


Patricia Rapaz



## **APÊNDICE 11 – Pedidos De Autorização**

## Pedido de utilização da Escala de avaliação de comportamentos de autocuidados com a FAV em Hemodialise

Caixa de entrada X

 PATRÍCIA RAPAZ RAPAZ MARUJO <pmarujo@campus.esel.pt>  
para clementesousa

15/06/15

Bom dia Professor Clemente.  
Peço desculpa pelo incómodo.  
O meu nome é Patrícia Rapaz Marujo, sou aluna do 6º curso de pós licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica vertente nefrológica da ESEL e trabalho no Centro de Acessos Vasculares de Lisboa.

Nesta fase escolar vou dar início a elaboração do meu trabalho de investigação. Tendo em conta o local onde trabalho, a aula por si ministrada e o interesse na área resolvi direcionar o meu projeto para a área "Promoção do autocuidado à fistula arteriovenosa da pessoa com DRCT em hemodialise".

Com a realização deste trabalho pretendo identificar a existência/ausência de comportamentos de autocuidado das pessoas perante a fistula arteriovenosa em programa de hemodialise e contribuir, enquanto futura enfermeira especialista, para a promoção desses comportamentos através da realização de sessões educativas.

Pelo fato do Professor Clemente de Sousa ter desenvolvido, testado e validado a Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fistula Arteriovenosa em Hemodialise, elemento que considero chave neste trabalho e à qual tive acesso através do meu chefe (Enfermeiro [redacted]), venho por este meio solicitar-lhe a da mesma e a autorização para que a possa aplicar. Esta servirá assim de base ao questionário a ser entregue aos doentes da clínica de hemodialise [redacted].

Assim que os projeto esteja concluído, tenciono enviar-lhe esse documento como anexo.

Também me encontro disponível para esclarecer quaisquer dúvidas.

Agradeço a disponibilidade.  
Cumprimentos,  
Patrícia Rapaz Marujo



Exmo. Sr. Diretor Clínico/Enfermagem/ Comissão de  
Ética

Lisboa, Outubro de 2015

Eu, Patrícia Rapaz Marujo, aluna do 6º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente Nefrológica, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho solicitar a autorização para a realização do trabalho de investigação de cariz académico/científico nas vossas instituições assegurando desde já o cumprimento de todos os compromissos éticos e deontológicos enquanto investigadora, e a total confidencialidade dos participantes, comprometendo-me ainda, a divulgar os resultados. O nome da vossa instituição apenas será divulgado com a vossa autorização.

Com a realização deste trabalho tenciono identificar quais as necessidades de autocuidado com a fístula arteriovenosa por parte das pessoas em programa de hemodialise e contribuir, enquanto futura enfermeira especialista, para a satisfação dessas necessidades.

Este trabalho implicará uma abordagem em campo com aplicação de questionários, que têm por base a Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise, e a realização de sessões de educação aos doentes alvo do estudo.

Os questionários serão entregues e recolhidos por mim no decorrer do tratamento de hemodiálise a todos os doentes que respeitam os critérios de seleção da amostra. Foram definidos para este estudo como critérios de inclusão os doentes com Doença Renal Crónica Terminal, cujo acesso vascular é a fístula arteriovenosa, com idade superior a 18 anos, sem compromisso cognitivo e que aceitem participar no estudo, através do consentimento informado.

Agradeço a atenção.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento.  
([pmarujo@campus.esel.pt](mailto:pmarujo@campus.esel.pt); 966707474)

## **APÊNDICE 12 – Resposta Aos Pedidos De Autorização**



clementesousa@esenf.pt

para mim ▾

15/06/15 ☆

Olá Patrícia,

É com todo o gosto que te envio a escala de avaliação de comportamentos de autocuidado com a FAV em hemodálise (ECAHD-FAV).

Em relação à autorização, só será dado em função de um compromisso prévio, sendo: o estudo que resulte deve ser publicado numa revista internacional.

\*\*\*

Atenciosamente,

Clemente Neves de Sousa, PhD, RN  
Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto - Portugal  
Email: [clementesousa@esenf.pt](mailto:clementesousa@esenf.pt)  
Telf: [+3512225073500](tel:+3512225073500) Fax: [+351223391600](tel:+351223391600)

## 2 Anexos





[Redacted name]

6/01



para mim, [Redacted name]

Olá Sra. Enfermeira Patrícia.

Antes de mais, quero desculpar-me pelo atraso na resposta que foi inteiramente da minha responsabilidade e por dificuldade em conciliar a análise necessária ao seu pedido e as restantes actividades de fim do ano de 2015.

Depois, dar-lhe os parabéns pelo seu Projecto de Investigação que se encontra claro, objectivo e, acima de tudo, as suas conclusões podem resultar num claro benefício para os doentes.

Pode iniciar o seu trabalho mas, porque a Diaverum não tem Comissão de Ética nomeada, não poderemos submete-lo a aprovação. Como tal, não poderá em momento algum, associar ou utilizar o nome da Diaverum, nem mesmo para identificar a unidade de saúde em que irá realizar o seu trabalho.

Quando a Comissão de Ética for nomeada, terá que voltar a formalizar o pedido de autorização.

Estou ao dispor para qualquer dúvida. Boa sorte, espero poder ler os resultados brevemente.

Cumprimentos,

## **APENDICE 13 – Declaração De Consentimento Informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



**Designação do Estudo:** Identificação dos comportamentos de autocuidado da pessoa com doença renal crónica, em hemodiálise, com fístula arterio venosa.

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_,

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a identificar os comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa pela pessoa com doença renal crónica terminal em programa de hemodiálise.

Sei que neste estudo está prevista a realização de um questionário tendo-me sido explicado em que consistia e a forma de preenchimento.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Investigador e Contacto: Patrícia Rapaz Marujo (966707474)

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_



## **APENDICE 14 – Questionário**



## QUESTIONÁRIO

**Autor:** Patrícia Rapaz Marujo

**Data da Aplicação:** Janeiro de 2016

Exmo. Sr. ou Sr.<sup>a</sup>:

No âmbito da realização do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Nefrológica da ESEL, estou a realizar um estudo no qual se pretende identificar os comportamentos de autocuidado à fístula arteriovenosa pela pessoa com doença renal crónica, em hemodiálise,

O presente questionário é anónimo e composto por 4 grupos: primeiro com 6 questões sociodemográficas; o segundo constituído por 5 questões relacionadas com o seu tratamento/acessos vasculares; e o terceiro constituído 1 questão orientada para a forma como adquiriu os conhecimentos; e o quarto grupo por 16 questões orientadas para os comportamentos de autocuidado que são desenvolvidos por si à fístula arteriovenosa. Este tem por base a Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa em Hemodiálise desenvolvida pelo Professor Clemente de Sousa (2015) e já validada.

O procedimento de resposta está descrito no início de cada grupo.

Obrigada pela sua colaboração!

**GRUPO I-** Preencha os espaços vazios (\_\_\_\_) ou assinale com uma cruz (X) nos respetivos lugares (☐) de acordo com a sua resposta.

**1 – SEXO:**

MASCULINO ☐

FEMININO ☐

**2 – IDADE:** \_\_\_\_\_

**3 – ESTADO CIVIL:**

CASADO ☐

UNIÃO DE FATO ☐

DIVORCIADO ☐

SOLTEIRO ☐

VIÚVO ☐

**4 – GRAU DE ESCOLARIDADE:**

NENHUM ☐

BÁSICO – 1º CICLO ☐

BÁSICO – 2º CICLO ☐

BÁSICO – 3º CICLO ☐

SECUNDÁRIO ☐

ENSINO SUPERIOR ☐

**5 – SITUAÇÃO PROFISSIONAL**

TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA ☐

TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM ☐

DESEMPREGADO ☐

REFORMADO ☐

ESTUDANTE ☐

**6 - NÍVEL DE RENDIMENTOS:**

SEM RENDIMENTOS PRÓPRIOS ☐

COM RENDIMENTOS ATÉ 250€ ☐

COM RENDIMENTOS ENTRE 250€ E 530€ ☐

COM RENDIMENTOS ENTRE 530€ E 750€ ☐

COM RENDIMENTOS ENTRE 750€ E 1000€ ☐

COM RENDIMENTOS ENTRE 1000€ E 1500€ ☐

COM RENDIMENTOS SUPERIORES A 1500€ ☐

**GRUPO II** - Preencha os espaços vazios (\_\_\_\_) ou assinale com uma cruz (X) nos respectivos lugares (☐) de acordo com a sua resposta.

**1 – QUAL A CAUSA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA?**

DIABETES: ☐      HIPERTENSÃO ARTERIAL: ☐      INFLAMAÇÃO DAS CÉLULAS RENAIAS: ☐  
RINS POLIQUISTICOS: ☐      DOENÇA AUTOIMUNE: ☐      CAUSA INFECIOSA: ☐  
OUTRO (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

**2 - HÁ QUANTO TEMPO REALIZA HEMODIÁLISE?**

MENOS DE 1 ANO ☐      ENTRE 1 E 5 ANOS ☐      HÁ MAIS DE 5 ANOS ☐

**3 – HÁ QUANTO TEMPO FOI CONSTRUIDA A FISTULA ARTERIO VENOSA ATUAL? \_\_\_\_\_**

**4 – JÁ TEVE COMPLICAÇÕES COM A FÍSTULA ARTERIO VENOSA ATUAL?**

SIM: ☐      NÃO: ☐

**4.1 SE SIM, INDIQUE O TIPO DE COMPLICAÇÃO E AS VEZES QUE ESSA OCORREU:**

(1)TROMBOSE: \_\_\_\_\_      (2)INFEÇÃO: \_\_\_\_\_      (3)SINDROME DE ROUBO: \_\_\_\_\_  
(4)HEMORRAGIA: \_\_\_\_\_      (5)ANEURISMAS: \_\_\_\_\_  
(6)OUTRO MOTIVO (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

**4 – A FÍSTULA ARTERIO VENOSA ATUAL JÁ FOI REVISTA EM CONSULTA DE ACESSOS VASCULARES?** (CONSULTA COM ECODOPPLER, INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, INTERVENÇÃO ANGIOGRÁFICA)

(1)SIM: ☐      (2)NÃO: ☐

**4.1 SE SIM, INDIQUE:**

(1)NÚMERO DE CONSULTAS COM ECODOPPLER: \_\_\_\_\_  
(2)NÚMERO DE INTERVENÇÕES CIRURGICAS: \_\_\_\_\_  
(3)NÚMERO DE INTERVENÇÕES ANGIOGRAFICAS: \_\_\_\_\_

**5 – JÁ TEVE ALGUMA FISTULA ARTERIO VENOSA ANTERIOR?**

(1)SIM: ☐      (2)NÃO: ☐

**5.1 SE SIM, INDIQUE:**

(1)NÚMERO DE FÍSTULAS ARTERIO VENOSAS ANTERIORES: \_\_\_\_\_  
QUANTAS FISTULAS ARTERIO VENOSAS PERDEU POR:  
(1)TROMBOSE: \_\_\_\_\_      (2)INFEÇÃO: \_\_\_\_\_      (3)SINDROME DE ROUBO: \_\_\_\_\_  
(4)HEMORRAGIA: \_\_\_\_\_      (5)ANEURISMAS: \_\_\_\_\_  
(6)OUTRO MOTIVO (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

**GRUPO III** - Preencha os espaços vazios (\_\_\_) ou assinale com uma cruz (X) nos respetivos lugares (☐) de acordo com a sua resposta.

**1 – QUEM LHE TRANSMITIU A INFORMAÇÃO RELACIONADA COM OS CUIDADOS À TER COM A FÍSTULA ARTERIO VENOSA?**

(1)NINGUEM: ☐

(2)MÉDICO RESIDENTE: ☐

(3)MÉDICO NEFROLOGISTA: ☐

(4)ENFERMEIRO: ☐

(5)OUTROS DOENTES: ☐

**GRUPO IV** - Este grupo apresenta diversas afirmações sobre os cuidados que deveria ter com a fístula arteriovenosa. Pretende-se saber quais os comportamentos de autocuidado que são desenvolvidos por si dirigidos à fístula arteriovenosa. Para cada uma das afirmações deve dar a resposta utilizando a escala gradual a seguir à mesma.

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>
Desenvolvo este comportamento de autocuidado <input type="checkbox"/>	Desenvolvo este comportamento de autocuidado <input type="checkbox"/>	Desenvolvo este comportamento de autocuidado <input type="checkbox"/>	Desenvolvo este comportamento de autocuidado <input type="checkbox"/>	Desenvolvo este comportamento de autocuidado <input type="checkbox"/>

Assinale **apenas uma resposta para cada afirmação, preenchendo o quadrado correspondente à sua opção.**

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>
1 – Aviso o enfermeiro quando tenho câibras durante a hemodiálise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Faço compressão do local das picadas com os dedos (hemóstase).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Aviso o enfermeiro quando tenho dor de cabeça e no peito durante a hemodiálise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Coloco pomada nos locais dos hematomas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Sinto o frêmito no local da fístula duas vezes por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – Faço compressão do local das picadas da fístula com os dedos em casa se sangrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – Verifico todos os dias se a mão do braço da fístula arrefece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – Observo sinais de vermelhidão e inchaço nos locais das picadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Protejo o braço da fístula de arranhões, cortes e feridas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – Verifico todos os dias se a cor da mão do braço da fístula se altera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 – Protejo o braço da fístula de pancadas e choques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 – Permito colheitas de sangue no braço da fístula.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 – Aviso o enfermeiro se me começar a doer a mão do braço da fístula.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 – Evito entrar em locais com diferentes temperaturas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 – Vou imediatamente ao hospital/clínica caso o local da fístula não tenha frêmito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 – Aviso o enfermeiro se me aparecer feridas na mão do braço da fístula.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>